

Année 1970

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Serge KANNAS

né le 30 décembre 1943 à LYON 2e (Rhône)

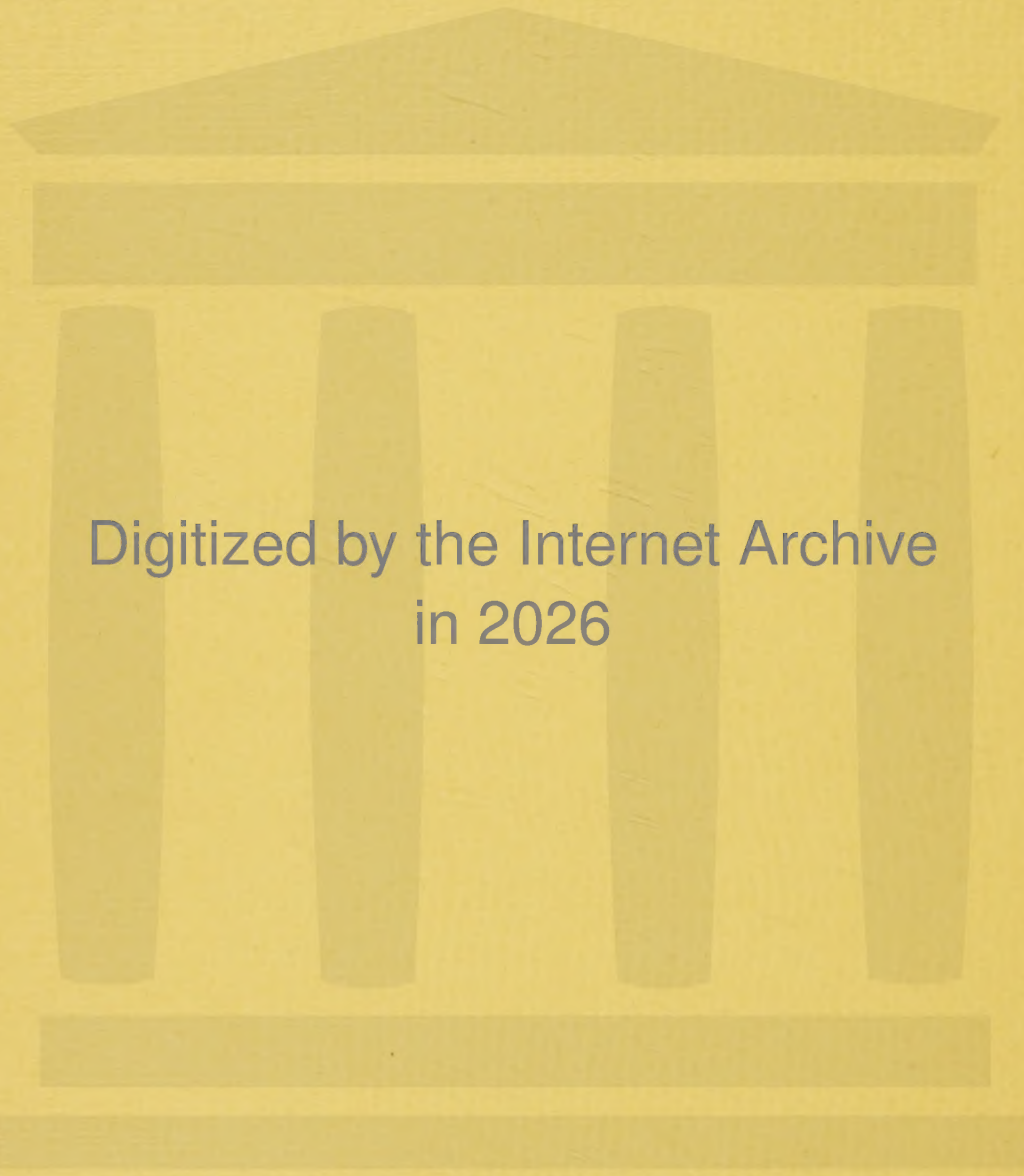
Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

SEMEIOLOGIE DES SOINS DE BEAUTE DU VISAGE
CHEZ LA FEMME.

Considérations à partir d'une enquête en milieu hospitalier.

Président : M. P. PICHOT, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551501_0004

Année 1970

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Serge KANNAS

né le 30 décembre 1943 à LYON 2e (Rhône)

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

SEMEIOLOGIE DES SOINS DE BEAUTE DU VISAGE
CHEZ LA FEMME.

Considérations à partir d'une enquête en milieu hospitalier.

Président : M. P. PICHOT, Professeur



A Monsieur le Professeur P. PICHOT

qui me fit l'honneur de présider cette thèse.

En témoignage de ma gratitude.

A mes Maîtres d'Internat,

Le Docteur HENNE

Le Docteur JOYEUX

Le Docteur POSTEL, qui m'a aidé de ses réflexions et de ses connaissances,

Le Docteur TRILLAT

A Monsieur le Docteur BORNSTEIN,

sans la curiosité et la véhémence de qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour.

A Monsieur le Docteur PARIENTE

A Monsieur le Docteur DELTEIL

que je remercie d'avoir bien voulu m'accorder l'accès au fichier et aux salons de coiffure de leurs services.

A mes parents

Ce travail qui constitue l'achèvement de
leurs efforts, le début de leurs espérances.

Avec toute mon affection.

A ma soeur, mon cousin, mes amis,
qui furent d'utiles conseillers.

A Claude SOBOTKA,

qui me fut précieuse bien avant d'être ma
femme.

INTRODUCTION

Ce travail commence par une anecdote. Celle de la rencontre entre le médecin assistant du service où débuta cette recherche, et Monsieur Fernand AUBRY, visagiste bien connu, à l'occasion d'une émission radiophonique. Le sujet de cette émission concernait les soins de beauté - particulièrement du visage - dans la population générale, et leurs conséquences psychologiques. A la suite de cette émission, Monsieur Fernand AUBRY fut invité dans le service. Il nous y offrit aimablement une démonstration de visagisme, de ses possibilités, et de plus évoqua pour nous une expérience thérapeutique authentique :

En 1968, à Montréal, à l'hôpital Pierre Janest de Hull, fut créé un département d'esthétique et de visagisme, pris en charge par des infirmières techniquement formées dans ce but, sous la direction et le contrôle de psychiatres et de psychologues. Toutes les malades de l'hôpital avaient la possibilité de bénéficier de ce service. Les résultats en furent jugés intéressants et positifs.

Bien entendu, il n'était pas question pour nous, faute de moyens, d'entreprendre sur une échelle aussi vaste et systématique une expérience comme celle de Hull, malgré les démonstrations pratiques convaincantes de Monsieur AUBRY (bien que j'aie appris récemment qu'un poste d'esthéticiennes allait être créé dans le service que j'ai quitté depuis).

Par contre, il nous a semblé intéressant, compte tenu de l'intérêt qui semblait s'éveiller dans le service, de dépasser le plan anecdotique.

Nous avons procédé à une enquête concernant l'importance des soins de beauté du visage, leurs spécifications suivant la population ou partie de la population féminine de l'hôpital de Maison-Blanche.

Nous avons tenté de dégager :

- la valeur des soins de beauté comme signe séméiologique, c'est-à-dire les implications psychologiques, sociales, d'un tel symptôme, considéré comme discriminant,
- leurs possibilités thérapeutiques, actuelles ou potentielles.

Nous avons laissé de côté, bien que très proche, le problème posé par le vêtement et les soins de beauté chez l'homme, sortant de notre propos.

C'est donc essentiellement un travail théorique, mené à des niveaux hétérogènes (psychiatrie, sociologie, linguistique, histoire) que nous présentons ici. Nous avons voulu l'étayer par quelques données expérimentales.

o

o o

Pour commencer ce travail, nous disposions d'un certain nombre d'éléments : l'observation et l'interrogatoire des malades elles-mêmes, leur coiffure, leur maquillage, etc... et l'analyse des affects qui y correspondent. Nous avons aussi noté une plus grande fréquence, ou peut-être une corrélation clinique entre maquillage visible, intérêt soutenu pour les soins de beauté du visage, et certaines malades plutôt que d'autres.

Nous avons voulu vérifier expérimentalement ces données cliniques, ou plutôt les contrôler par d'autres données correspondantes. A cette fin, nous avons utilisé le salon de coiffure du service, puis ceux d'autres services pour observer qui s'y rendait préférentiellement. Parallèlement, nous avons mené une enquête dans ces divers salons de coiffure, ayant pour objets leur ambiance, les phénomènes spécifiques qui s'y produisent, et les relations de ces salons de coiffure avec le reste des divers services.

Dans un deuxième temps, nous avons confronté les résultats de cette enquête avec les données cliniques et nous avons essayé d'en tirer un certain nombre de conclusions.

Enfin, dans un troisième temps, nous avons tenté de dépasser l'effort analytique pour arriver à articuler les implications multifactorielles de ces mêmes soins de beauté. Il s'agit des niveaux hétérogènes dont nous parlions plus haut, articulations non seulement en ce qui concerne les maladies mentales, mais aussi en ce qui concerne leurs significations générales possibles. Toutefois cette dernière partie garde (et ne veut pas dépasser) un cadre purement spéculatif.

Autrement dit, ce travail comporte trois parties :

- une première qui consiste en une enquête statistique des relations entre une fraction de la population de l'hôpital de Maison-Blanche et ses salons de coiffure, considérés comme symptômes discriminants,

- une enquête non statistique (deuxième partie) sur les rapports psychosociologiques qui se nouent dans ou par l'intermédiaire de ce lieu; les conclusions de cette enquête sont confrontées à celles de la séméiologie classique,

- enfin ce travail comprend une troisième partie théorique sur les relations entre les soins de beauté du visage et l'image du corps, dans sa psychogénèse et ses différentes fonctions sociales sexuelles, sémiques, etc... Cette dernière partie n'est pas statistique mais essentiellement spéculative.

o

o o

ENQUETE STATISTIQUE CONCERNANT LES SALONS DE COIFFURE

Notre enquête a porté sur environ mille malades provenant de quatre services différents, respectivement huitième, quatrième, troisième et septième section de l'hôpital de Maison-Blanche, (ces mille malades étant clientes de quatre salons de coiffure). La deuxième section de l'hôpital, bien que bénéficiant d'une esthéticienne, a été écartée de notre étude, en raison d'informations précisant qu'une certaine pression s'exerçait sur les malades afin qu'elles se rendent chez le coiffeur ou l'esthéticienne ce qui, bien évidemment, rendait difficile l'appréciation d'une corrélation entre la fréquentation de ces institutions et les caractères propres aux malades. Nous avons eu de plus l'avantage de travailler directement aux huitième, quatrième et troisième sections, indirectement à la septième, ce qui nous facilitait certaines analyses.

Chaque service possédant son salon de coiffure qui recrute sa clientèle particulière, nous avons établi un petit questionnaire sous forme de fiches individuelles que nous avons fait remplir par les différentes infirmières-coiffeuses, pour chaque malade, ceci pendant un mois. Lorsqu'une malade se rendait à plusieurs reprises dans le salon de coiffure, sa présence donnait lieu à chaque fois à une nouvelle fiche.

Le questionnaire était rédigé comme suit :

1°/ - Nom, prénom, âge, pavillon d'origine.

2°/ - Soins esthétiques réalisés :

- coupe (C)
- mise en plis (M)
- permanente (P)

3°/ - Est-ce la première fois que la malade vient au salon de coiffure ?

- oui - non

4°/ - La malade est-elle venue :

- de sa propre initiative (M)
- à la demande de quelqu'un d'autre (A)
- d'une infirmière (I)

5°/ - La consultation coiffure a-t-elle été effectuée :

- dans le but d'une sortie (S)
- d'une permission (P)
- dans un autre but (A)

(Nous verrons ultérieurement que la rédaction de ce questionnaire a modifié le type de réponses données).

6°/ - Quelle impression donne le salon de coiffure ?

- est-il comme n'importe quel lieu de l'hôpital (Id)
- apparaît-il comme un endroit particulier de l'hôpital ou du service (N.Id)
- donne-t-il l'impression d'être tout à fait différent ou en dehors de l'hôpital (N.Id en dehors).

Le questionnaire type se présentait donc de la manière suivante :

PAVILLON :		
1°/ - Nom	Age	Prénoms
2°/ - ☐ C	☐ MP	☐ A
3°/ - ☐ OUI	☐ NON	
4°/ - ☐ I	☐ M	☐ A
5°/ - ☐ S	☐ P	☐ A
6°/ - ☐ Id	☐ N.Id	☐ N.Id en dehors

Les réponses correspondantes à chaque question étaient barrées d'une croix. Il faut rappeler que ce questionnaire était rempli par les infirmières-coiffeuses suivant les renseignements fournis par les malades.

Une fois ces fiches répertoriées, pendant un mois, dans chaque salon de coiffure, nous nous sommes servi du nom de la malade pour rechercher d'autres renseignements complémentaires dans le fichier central de chaque section. Nous avons ainsi obtenu le diagnostic clinique correspondant, de même que la durée de séjour à l'hôpital au moment de l'expérience.

Nous avons divisé la population étudiée en neuf classes diagnostiques. Nous nous sommes, pour cela, inspirés de la classification de l'INSERM mais en la modifiant sensiblement, pour les buts de notre enquête.

Les neuf classes étaient les suivantes :

- 1/ - D.S = Démences séniles ou préséniles. Affaiblissements intellectuels de la sénilité (catégorie 10 de l'INSERM).
- 2/ - D.M = Etats d'arriération (débilité mentale) Oligophrénies (catégorie 14 de l'INSERM).
- 3/ - D.C = Délires chroniques systématisés (catégorie 05 de l'INSERM). Nous y avons inclus les malades présentant un comportement, une personnalité ou un caractère paranoïaque (méfiance, rigidité, hypertrophie du moi, fausseté du jugement), voire certains délires hallucinatoires ou interprétatifs à thème de persécution apparaissant chez des malades présentant un état morbide psychiatrique par ailleurs. (A l'exclusion des délires de persécution des démentes séniles).
De même, nous avons inclus les personnalités hypochondriaques majeures. Nous nous sommes ainsi efforcés d'isoler le "symptôme paranoïaque", dans l'optique freudienne. (Bien entendu, ces malades ont été retirées des autres classes diagnostiques auxquelles une autre symptomatologie pouvait les faire prétendre).
- 4/ - S.K = Schizophrénie chronique. Démence précoce (catégorie 04 de l'INSERM).
- 5/ - A.C = Alcoolisme chronique. Psychoses alcooliques (catégorie 06 et 07 de l'INSERM). Nous y avons inclus toutes les malades présentant

un appoint alcoolique noté, voulant, là encore, isoler une symptomatologie "d'appétence réelle ou de facilité à l'alcool", et nous les avons exclues des autres classes diagnostiques.

- 6/ - DEP = Etat dépressif de toute nature, englobant aussi bien les états dépressifs mélancoliques (01 partiellement) névrotiques, réactionnels ou involutifs. C'est-à-dire que là encore, comme pour D.C et A.C, nous avons essayé de mettre en évidence le "symptôme dépressif" à l'exclusion de la structure morbide de base.
- 7/ - DES = Déséquilibre mental. Personnalités psychopathiques, toxicomanies non alcooliques (catégorie 13), perversions.
- 8/ - DIV = Divers, c'est-à-dire les psychoses aiguës non dépressives, (à savoir 03, 02, partiellement 01, de la classification), la paralysie générale (très rare), les états névrotiques non dépressifs (très rares), les troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale (rares), (catégories 08, 11, 12, 15 de l'INSERM).
- 9/ - TME = Troubles mentaux de l'épilepsie. Epilepsies. (catégorie 09).

Notons que lorsqu'une malade présentait une symptomatologie paranoïaque, associée à une autre, ou alcoolique, ou dépressive ou les deux, nous avons tenu compte de la structure morbide de base

et nous avons répertorié la malade dans la classe correspondant à celle-ci.

En ce qui concerne les classes d'âges, comme nous ne disposions pas d'une expérience particulière dans ce domaine, nous en avons fixé arbitrairement les limites, soit :

Classe I	=	moins de 20 ans
Classe II	=	de 21 à 30 ans
Classe III	=	de 31 à 40 ans
Classe IV	=	de 41 à 50 ans
Classe V	=	de 51 à 60 ans
Classe VI	=	de 61 à 70 ans
Classe VII	=	plus de 70 ans

Nous avons opéré de même pour les limites de classes de durée de séjour; mais nous avons tenu à bien séparer les classes correspondant aux durées de séjour les plus courtes, nous fondant sur l'observation statistique suivante (confirmée d'ailleurs à la quatrième section) : la probabilité de sortie des malades chute de manière vertigineuse lorsque la durée de séjour dépasse deux ans, ou mieux : les sortantes de chaque service sont issues des classes inférieures à deux ans de séjour. Au-delà de deux ans, la proportion des sortantes s'amenuise très rapidement.

Ainsi :

Classe I	=	moins de 6 mois
Classe II	=	de 7 mois à 2 ans
Classe III	=	de 3 ans à 5 ans
Classe IV	=	de 6 ans à 10 ans

Classe V = de 11 ans à 15 ans

Classe VI = de 16 ans à 25 ans

Classe VII = plus de 25 ans

Nous avons pris comme point de repère arbitraire la durée de séjour correspondant à la dernière hospitalisation. Nous n'avons donc pas tenu compte des rechutes dans la totalisation, ni des transferts, sauf lorsque la durée nous en était connue. C'est dire que cette durée de séjour est dans son appréciation globalement sous-estimée.

Disposant ainsi d'un outil de travail statistique, nous avons tracé, section par section, un profil de la population considérée suivant l'âge, le diagnostic, et la durée de séjour. Nous avons alors comparé ce profil à celui de la population partielle, issue de la population générale, se rendant au salon de coiffure.

Nous avons cherché à montrer qu'il existait des différences significatives de distribution de ces deux populations.

Ce sont ces résultats que nous allons livrer, section par section, puis globalement. Nous reviendrons ensuite sur les différents facteurs qui tendent à modifier la fiabilité statistique.

o

o o

Etude de la quatrième section

- Nombre de malades présentes	241
- Nombre de malades s'étant rendues au salon de coiffure	59
soit 25 %.	
- Nombre de consultations-coiffures	81
- Moyenne d'âge de la population de la 4ème section	53,5 ans
- Moyenne de durée de séjour	7,7 ans
- Pour le salon de coiffure de la 4ème section :	
- âge	48,5 ans
- séjour	5,9 ans

Profil comparé des deux populations :

En ce qui concerne la distribution diagnostique :

	I Popul. général. 4°	II Pop.salon coif. 4°	III Consult.-coiff. 4°
D.S	29	3 (12)	3 (1)
D.M	44	10 (40)	18 (1,8)
D.C	33	10 (40)	13 (1,3)
S.K	55	11 (44)	15 (1,3)
A.C	19	9 (36)	15 (1,6)
DEP	24	8 (32)	8 (1)
DES	6	2 (8)	2 (1)
DIV	22	4 (16)	4 (1)
TME	9	2 (8)	3 (1,5)
$\frac{\text{Nombre de consultations}}{\text{Nbre de malades différ.}} = 1,39$			

LA COLONNE I représente le nombre de malades effectivement observées dans chaque classe diagnostique, dans la population générale.

LA COLONNE II représente le nombre de malades différentes effectivement observées dans chaque classe diagnostique, dans la population du salon de coiffure. Les chiffres entre parenthèses correspondent aux chiffres fictifs qu'on observerait si, à distribution identique, il existait autant de malades dans les deux populations (comme le pourcentage de malades se rendant au salon de coiffure est de 25 %, nous avons multiplié par quatre), ce qui revient à comparer les deux populations à l'unité.

25 % représente la probabilité globale escomptée à la 4ème section pour qu'une malade se rende au salon de coiffure. Si les chiffres entre parenthèses dans la deuxième colonne verticale sont supérieurs, égaux ou inférieurs à ceux correspondants, dans la première colonne, cela indique que le nombre de malades réellement observées au salon de coiffure, diagnostic par diagnostic, correspond à une répartition supérieure, égale ou inférieure à celle de la probabilité globale escomptée dans la population générale, ou bien encore que la place en pourcentage occupée par une tranche diagnostique dans la population du salon de coiffure, est supérieure, égale ou inférieure à celle que laissait prévoir le pourcentage effectif de cette tranche diagnostique dans la population générale.

Mais cette notation n'est pas suffisante pour vérifier si la différence observée est statistiquement significative.

DANS LA 3ème COLONNE, les chiffres entre parenthèses sont obtenus en utilisant le rapport :

$$\frac{\text{Nombre de consultations-coiffure pendant un mois}}{\text{Nombre de malades différentes venues au salon de coiffure}}$$

Ce rapport traduit un indice de fréquentation, classe diagnostique, par classe diagnostique. Pour la quatrième section la fréquentation est de $\frac{81}{59} = 1,39$. Suivant que, classe par classe, le rapport obtenu sera égal, supérieur ou inférieur à 1,39, on dira que pour la classe considérée la fréquentation est égale, supérieure ou inférieure à la fréquentation moyenne de la population du salon de coiffure.

o

o o

Exemple récapitulatif : cas des démentes séniles

- Effectif observé dans la population de la 4ème section	29
- Effectif observé au salon de coiffure ...	3

- Si l'on ramène à l'unité (en multipliant par 4) on obtient 12. Ce qui est très inférieur à 29. Autrement dit, le pourcentage de démentes séniles au salon de coiffure est inférieur à celui que leur importance numérique dans la population générale laissait prévoir. En fréquentation, on obtient $\frac{3}{3} = 1$, inférieur à 1,39. Autrement dit, les démentes séniles se rendent moins nombreuses et moins souvent au salon de coiffure que la moyenne de la population du salon de coiffure.

Cas des alcooliques

Effectif dans la population générale 19

Effectif dans le salon de coiffure 9 (x 4 = 36)Fréquentation : $\frac{15}{9} = 1,6$. Supérieur à 1,39

Autrement dit, les alcooliques se rendent plus nombreuses et plus fréquemment au salon de coiffure que la population générale moyenne du salon de coiffure.

En ce qui concerne l'âge

Ans	20	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	+ 71
Populat. générale	5	22	47	45	29	38	55
Populat. salon de coiffure	0(0)	6(24)	11(44)	15(60)	8(32)	9(36)	6(24)

En ce qui concerne la durée de séjour

Mois/ans	- 6M	7M à 2A	3A à 5A	6A à 10A	11 à 15A	16 à 25A	+ 26A
Populat. générale	61	38	35	34	24	31	18
Popul. s. de coiff.	18(72)	8(32)	9(36)	8(32)	6(24)	5(20)	1(4)

Pour ces deux tableaux, les chiffres entre parenthèses, obtenus par le même artifice que précédemment, sont indiqués afin de comparer les deux populations à l'unité (population générale et population par âge).

Récapitulation des résultats de la 4ème section

	P	F	AGE		DUREE	
DS	-	-	- 20A	-	- 6M	+
DM	-	+	21 à 30A	=	7M à 2M	= ou -
DC	+	=	31 à 40A	=	3A à 5A	=
SK	-	=	41 à 50A	+	6A à 10A	=
AC	+	=	51 à 60A	=	11A à 15A	=
DEP	+	-	61 à 70A	=	16A à 25A	-
DES	+	-	+ 71A	-	+ 26A	-
DIV	-	-				
TME	=	+				

1er tableau

P = Présence au salon de coiffure

F = Fréquentation

+/-/=/ indique que le chiffre observé réellement est supérieur, égal ou inférieur, approximativement à la probabilité expérimentale obtenue dans la population générale.

Le 2ème tableau indique qu'il y a plus ou moins ou autant de malades d'une classe d'âge dans la population du salon de coiffure que la probabilité expérimentale observée dans la population générale le laissait prévoir.

Le 3ème tableau reprend les notions identiques en ce qui concerne la durée de séjour.

o
o o

Etude de la huitième section

Effectif au moment de l'observation	241 malades
Effectif présent au salon de coiffure	62 malades (25%)
Effectif des consultations-coiffure	88
Moyenne d'âge de la population de la 8è ..	55,8 ans
Moyenne d'âge de la population du salon de coiffure	52,3 ans
Moyenne de durée de séjour de la population de la 8è	7,6 ans
Moyenne de durée de séjour de la population du salon de coiffure	7,9 ans

Profil comparé des deux populations

- En ce qui concerne le diagnostic :

	Population générale	Population salon de coiff.	Consultations- coiffure
DS	37	4 (16)	5 (1,25)
DM	34	5 (20)	6 (1,2)
DC	46	15 (60)	23 (1,53)
SK	49	15 (60)	23 (1,53)
AC	15	7 (28)	10 (1,41)
DEP	23	9 (36)	13 (1,44)
DES	10	3 (12)	3 (1)
DIV	16	2 (8)	3 (1,5)
TME	11	2 (8)	2 (1)
$\frac{\text{Nombre de consultations}}{\text{Nombre de malades}} = 1,42$			

En ce qui concerne l'âge

Ans	- 20A	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	+ 70 .
Populat. générale	5	23	28	44	35	45	62
Populat. s. coiff.	0(0)	5(20)	6(24)	17(68)	15(60)	11(44)	8(32)

En ce qui concerne la durée de séjour

	- 6M	7M à 2A	3 à 5A	6à10A	11à15A	16à25A	+26A
Populat. générale	61	43	27	19	30	42	11
Populat. s.coiff.	19(76)	13(52)	2(8)	2(8)	10(40)	14(56)	2(8)

Récapitulation des résultats

	P	F	AGE		DUREE	
DS	-	-	- 20A	-	- 6 M	+
DM	-	-	21 à 30A	= ou +	7M à 2A	+
DC	+	+	31 à 40A	= ou -	3A à 5A	-
SK	+	+	41 à 50A	+	6A à 10A	-
AC	+	=	51 à 60A	+	11A à 15A	+
DEP	+	=	61 à 70A	=	16A à 25A	+
DES	+ ou =	-	+ 71A	-	+ 26A	-
DIV	-	+				
TME	= ou -	-				

Etude de la troisième section

Effectif au moment de l'observation	226 malades
Effectif présent au salon de coiffure (11%) ..	24 malades
"Effectif" de consultation-coiffure	43

Moyenne d'âge de la population de la 3ème section .. 57 ans

Moyenne d'âge de la population du salon de coiffure 54,9 ans

Moyenne de durée de séjour de la population de la
3ème section 6 ans

Moyenne de durée de séjour de la population du salon
de coiffure 7,4 ans

Profil comparé des deux populations

En ce qui concerne le diagnostic

	Population générale	Population salon de coiff.	Consultations coiffure
DS	47	0 (0)	0 (0)
DM	17	1 (9)	1 (1)
DC	48	8 (72)	15 (1,88)
SK	38	3 (27)	3 (1)
AC	14	4 (36)	5 (1,25)
DEP	24	6 (54)	9 (1,5)
DES	9	0 (0)	0 (0)
DIV	20	3 (27)	5 (1,66)
TME	6	0 (0)	0 (0)
$\frac{\text{Nombre de consultations}}{\text{Nombre de malades}} = 1,5$			

En ce qui concerne l'âge

	- 20A	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	+ 71
Populat. générale	4	23	21	36	38	41	62
Populat. S.coiff.	0(0)	1(9)	1(9)	8(72)	7(63)	5(45)	2(18)

En ce qui concerne la durée de séjour

	- 6M	7M à 2A	3A à 5A	6A à 10A	11A à 15A	16A à 25A	+26A
Populat. générale	63	49	39	31	9	25	10
Populat. S.coiff.	8(72)	2(18)	3(27)	3(27)	2(18)	5(45)	1(9)

Récapitulation des résultats de la troisième section

	P	F	AGE		DUREE	
DS	-	-	- 20A	-	- 6M	+
DM	-	-	21 à 30A	-	7M à 2A	+
DC	+	+	31 à 40A	-	3A à 5A	-
SK	-	-	41 à 50A	+	6A à 10A	-
AC	+	-	51 à 60A	+	11A à 15A	+
DEP	+	=	61 à 70A	+ ou =	16A à 25A	+
DES	-	-	+ 70A	-	+ 25A	-
DIV	+	+				
TME	-	-				



Etude de la septième section

Effectif au moment de l'observation	235 malades
Effectif présent au salon de coiffure (25%)	59 malades
"Effectif" de consultations-coiffure	95 malades
Moyenne d'âge de la population de la septième section	57,5 ans
Moyenne d'âge de la population du salon de coiffure	53,4 ans
Moyenne de la durée de séjour de la population de la 7ème section	6,15 ans
Moyenne de la durée de séjour de la population du salon de coiffure	4,23 ans

Profil comparé des deux populations

En ce qui concerne le diagnostic

	Population générale	Population salon de coiff.	Consultations coiffure
DS	49	3 (12)	4 (1,33)
DC	25	4 (16)	8 (2)
DM	40	13 (52)	18 (1,39)
SK	34	8 (32)	11 (1,37)
AC	21	9 (36)	16 (1,77)
DEP	28	8 (32)	16 (2)
DES	9	3 (12)	5 (1,66)
DIV	20	9 (36)	15 (1,66)
TME	9	2 (8)	2 (1)
$\frac{\text{Nombre de consultations}}{\text{Nombre de malades}} = 1,61$			

En ce qui concerne l'âge

	- 20A	21 à 30A	31à40A	41à50A	51à60A	61à70A	+ 70A
Populat. générale	6	16	22	34	36	48	66
Populat. S.coiff.	0 (0)	3 (12)	9(36)	16(64)	7(28)	13(52)	11(44)

En ce qui concerne la durée de séjour

	- 6M	7Mà2A	3 à5A	6 à10A	11à15A	16à25A	+ 25A
Populat. générale	72	59	29	31	17	15	15
Populat. S.Coiff.	26(104)	16(64)	3(12)	5(20)	4(16)	2(8)	3(12)

Récapitulation des résultats de la septième section

	P	F	AGE		DUREE	
DS	-	-	- 20 A	-	- 6 M	+
DM	-	+	21 à 30 A	-	7 M à 2 A	+
DC	+	-	31 à 40 A	+	3 A à 5 A	-
SK	-	-	41 à 50 A	+	6A à 10 A	-
AC	+	+	51 à 60 A	-	11 à 15 A	=
DEP	+	+	61 à 70 A	+ou=	16 à 25 A	-
DES	+	=	+ 70 A	-	+ 25 A	-
DIV	+	=				
TME	= ou +	-				

Nous citons en appendice les données issues du Pavillon 5/7, rattaché à la septième section, et qui regroupe des aliénées tuberculeuses.

Effectif :

63 malades

4 malades sont présentes au salon de coiffure de la 7ème section (6,3 %)

6 consultations-coiffure

En ce qui concerne le diagnostic

	Population générale	Population salon de coiff.	Consultations coiffure
DS	13	0	0
DM	7	0	0
DC	13	2 (30)	3 (1,5)
SK	12	0	0
AC	5	2 (30)	3 (1,5)
DEP	4	0	0
DES	1	0	0
DIV	8	0	0
TME	0	0	0
			$\frac{\text{Nombre de consultations}}{\text{Nombre de malades}} = 1,5$

En ce qui concerne l'âge

	- 20A	21 à 30A	31à40A	41à50A	51à60A	61à70A	+ 70A
Populat. générale	1	1	7	16	7	15	16
Populat. s.coiff.	0	0	0	1(15)	0	3(45)	0

En ce qui concerne la durée de séjour

	- 6M	7M à 2A	3 à 5A	6 à 10A	11à15A	16à25A	+ 25A
Populat. générale	20	17	6	5	2	9	4
Populat. S.coiff.	2(30)	1(15)	0	0	0	0	1(15)

o

o o

RECAPITULATION des RESULTATS SECTION PAR SECTION

Sections	:	4è s.	8è s.	3è s.	7è s.
Effectif global	:	241	241	226	235
Population salon de coiffure	:	59	62	24	59
Soit environ	:	25 %	25 %	11 %	25 %
Nombre de consultations	:	81	88	43	95

Rapport $\frac{\text{Nbre de consultations}}{\text{Nbre malades s.Coiff.}}$	:	1,39	1,42	1,5	1,61
Moyenne d'âge population générale	:	53,5 A	55,8 A	57 A	57,5 A
Moyenne d'âge population s.coiffure	:	48,5 A	52,3 A	54,9 A	53,4 A
Durée de séjour moyenne popul.général.	:	7,7 A	7,6 A	6 A	6,1 A
Durée moyenne de séjour s. coiffure	:	5,9 A	7,9 A	7,4 A	4,2 A

Pénétration	4ème sect.	8ème sect.	3ème sect.	7ème sect.
DS	-	-	-	-
DM	-	-	-	-
DC	+	+	+	+
SK	-	+	-	-
AC	+	+	+	+
DEP	+	+	+	+
DES	-	+	-	+
DIV	-	-	+	+
TME	=	= ou -	-	= ou +

Fréquentation	4ème sect.	8ème sect.	3ème sect.	7ème sect.
DS	-	-	-	-
DM	+	-	-	+
DC	=	+	+	-
SK	=	+	-	-
AC	=	=	-	+
DEP	-	=	=	+
DES	-	-	-	=
DIV	-	+	+	=
TME	+	-	-	-

Age	4ème sect.	8ème sect.	3ème sect.	7ème sect.
- 20 A	-	-	-	-
21 à 30 A	=	= ou +	-	-
31 à 40 A	=	= ou -	-	+
41 à 50 A	+	+	+	+
51 à 60 A	=	+	+	-
61 à 70 A	=	=	= ou +	= ou +
+ 70 A	-	-	-	-

durée séjour	4ème sect.	8ème sect.	3ème sect.	7ème sect.
- 6 M	+	+	+	+
7 M à 2 A	= ou -	+	+	+
3 A à 5 A	=	-	-	-
6 A à 10A	=	-	-	-
11A à 15A	=	+	+	=
16A à 25A	=	+	+	-
+ 25A	-	-	-	-

ANALYSE des RESULTATS GROUPES DEUX SECTIONS PAR DEUX SECTIONS

Respectivement les 4ème et 8ème sections
et les 7ème et 3ème sections (ainsi que le 5/7)

Nous avons jugé utile de les regrouper car ces sections répondent à des entités distinctes sur le plan historique et institutionnel. En effet, huitième et quatrième sections ont formé jadis une section commune, ce qui explique un certain nombre de phénomènes :

- grand nombre de débiles (surtout à la quatrième section),
- petit nombre de démentes séniles.

Des facteurs géographiques comme le lieu de recrutement (origine sectorielle), influent sur cette répartition.

La population des quatrième et huitième sections provient du département du Val-de-Marne et (en faible proportion) du département de la Seine-Saint-Denis (huitième section uniquement). Cette même provenance contribue à homogénéiser la population.

De même, les malades des troisième et septième sections sont recrutées dans des arrondissements parisiens presque exclusivement (ce qui explique en partie le grand nombre de démentes séniles).

De plus, le mode de travail dans les deux groupes de service est différent :

- le premier groupe (quatrième et huitième sections) possède des pavillons, tous ouverts depuis plusieurs années, avec de nombreuses réunions d'infirmières, de malades, de médecins. Il y a été créé aussi une association de malades, un bar, etc...

- l'autre groupe est formé de pavillons qui ne sont ouverts que depuis deux ans au maximum, ou bien qui sont encore fermés. L'association de malades y est récente, l'ergothérapie centralisée, etc... Il faut dire que ce dernier groupe a vu ses chefs de service être remplacés il y a quelques mois, ce qui n'a pas peu contribué à accentuer les tensions internes et à augmenter l'angoisse du personnel sinon des malades. A la troisième section, en particulier le type de travail, très différent, du nouveau chef de service a mobilisé de manière particulière la population de malades, ce qui explique en partie le faible nombre de malades observé au salon de coiffure correspondant (24 sur 226).

Toutes ces raisons qui différencient en quelque sorte la "personnalité de ces services" et leur mode de travail, font qu'on peut, à juste titre, se demander si des "phénomènes d'ambiance", le mode spécifique de relations dans l'institution, ne font pas apparaître des différences, de groupe à groupe. C'est pourquoi nous avons tenu à les confronter.

GROUPE de la HUITIEME et de la QUATRIEME SECTIONS

Effectif global au moment de l'observation	:	481
Effectif des malades présents au salon de coiffure:		119 (25 %)
Nombre de consultations-coiffure	:	169

Moyenne d'âge de la population générale : 54,6 ans

Moyenne d'âge de la population du salon de coiffure: 50,6 ans

Durée moyenne de séjour de la population générale : 7,6 ans

Durée moyenne de séjour de la population du salon
de coiffure : 7 ans

PROFIL COMPARE des DEUX POPULATIONS

En ce qui concerne le diagnostic

	Population générale	Population salon de coiffure	Consultations coiffure
DS	66	7 (28)	8 (1,1)
DM	78	15 (60)	24 (1,6)
DC	79	25 (100)	36 (1,44)
SK	104	26 (104)	38 (1,41)
AC	34	16 (64)	25 (1,55)
DEP	47	16 (64)	21 (1,30)
DES	15	4 (16)	5 (1,25)
DIV	38	6 (24)	7 (1,1)
TME	20	4 (16)	5 (1,25)
$\frac{\text{Nombre de consultations}}{\text{Nbre malades au s.coiff.}} = 1,42$			

Tableau identique exprimé en pourcentages

	- A - Population générale	- B - Population sal.coiff.
DS	13,7 %	5,8 %
DM	16,2 %	13 %
DC	16,4 %	21 %
SK	21,6 %	21,8 %
AC	7 %	13,4 %
DEP	9,9 %	13,4 %
DES	3,1 %	3,3 %
DIV	7,1 %	5 %
TME	4,1 %	3,3 %

En ce qui concerne l'âge

	- 20A	21à30A	31à40A	41à50A	51à60A	61à70A	+ 70A
Populat. générale	10	45	75	89	64	83	117
Populat. S.Coiff.	0(0)	11(44)	17(68)	32(128)	23(92)	20(80)	14(56)

En ce qui concerne la durée de séjour

	- 6M	7Mà 2A	3à5A	6à10A	11à15A	16à25A	+ 26A
Populat. générale	130	81	62	53	54	73	29
Populat. S.Coiff.	37(148)	21(84)	11(44)	10(40)	16(64)	19(76)	3(12)

RECAPITULATION des RESULTATS 8ème + 4ème SECTIONS

	P	F	B/A	AGE		DUREE	
DS	-	-	0,42	- 20 A	-	- 6 M	+
DM	-	+	0,80	21 à 30 A	=	7 M à 2 A	=
DC	+	=	1,26	31 à 40 A	-	3 A à 5 A	-
SK	=	=	1	41 à 50 A	+	6 A à 10A	-
AC	+	+	1,91	51 à 60 A	+	11A à 15A	+
DEP	+	-	1,35	61 à 70 A	=	16A à 25A	= ou +
DES	=	-	1,06	+ 70 A	-	+ 26 A	-
DIV	-	-	0,70				
TME	-	-	0,80				

N.B.- Nous avons introduit des données numériques supplémentaires, et en pourcentage, plus démonstratives. Elles ne sont introduites que maintenant parceque les échantillons considérés sont suffisamment grands.

- La colonne verticale - A - du tableau exprimé en pourcentage indique le pourcentage d'une classe diagnostique effectivement observé dans la population générale, qui correspond à la probabilité globale escomptée pour qu'un tel diagnostic se retrouve dans la population du salon de coiffure.

- La colonne verticale - B - indique le pourcentage réellement obtenu dans la population du salon de coiffure, pour chaque classe diagnostique.

- Le rapport B/A est ainsi le rapport entre le résultat escompté et le résultat obtenu. Il définit ainsi un Indice de pénétration (Ip) du symptôme salon de coiffure pour chaque classe diagnostique. Plus ce rapport ou indice est élevé, plus le seuil d'apparition du symptôme est bas, plus la classe diagnostique considérée présente d'affinité avec ce symptôme. Inversement, plus le seuil d'apparition du symptôme est élevé, moins la classe diagnostique considérée présente d'affinités avec ce symptôme. Si le rapport est égal à UN, c'est-à-dire si le résultat obtenu est égal au résultat escompté, ceci indique que la pénétration du symptôme pour la population diagnostique considérée est égale au seuil moyen, ou bien encore que cette population est indifférente au symptôme.

o

o o

GROUPE de la TROISIEME et de la SEPTIEME SECTION

Effectif global de la population au moment de l'observation : 461

Effectif des malades présentes au salon de coiffure (19%) : 83

Nombre de consultations-coiffure : 138

Moyenne d'âge de la population générale : 57,1 A

Moyenne d'âge de la population du salon de coiffure : 53,9 A

Durée moyenne de séjour de la population générale : 6 A

Durée moyenne de séjour de la population du salon de coiff. : 5,2 A

PROFIL COMPARE des DEUX POPULATIONS

En ce qui concerne le diagnostic

	Population générale	Population salon de coiff.	Consultations- coiffure
DS	96	3 (16)	4 (1,33)
DM	42	5 (28)	9 (1,8)
DC	88	20 (110)	33 (1,69)
SK	72	11 (61)	14 (1,27)
AC	35	13 (71)	21 (1,7)
DEP	52	14 (77)	25 (1,8)
DES	18	3 (16)	5 (1,66)
DIV	40	12 (66)	20 (1,66)
TME	15	2 (11)	2 (1)
$\frac{\text{Nmbe de consultations}}{\text{Nbde malades s.de coiff.}} = 1,66$			

Tableau identique exprimé en pourcentages

	Population générale	Population s.coiffure
DS	20,9 %	3,6 %
DM	9,1 %	6 %
DC	19,2 %	24 %
SK	15,7 %	13,2 %
AC	7,6 %	15,6 %
DEP	11,3 %	16,8 %
DES	3,9 %	3,6 %
DIV	8,7 %	14,4 %
TME	3,2 %	2,4 %

En ce qui concerne l'âge

	- 20A	21à30A	31à40A	41à50A	51à60A	61à70A	+ 70A
Populat. générale	10	39	43	70	74	89	128
Populat. s.coiff.	0 (0)	4(22)	10(55)	24(132)	14(77)	18(99)	13(72)

En ce qui concerne la durée de séjour

	- 6M	7Mà2A	3à5 A	6à10A	11à15A	16à25A	+ 26A
Populat. générale	135	108	68	62	26	40	25
Populat. S.Coiff.	34(187)	18(99)	6(33)	8(44)	6(33)	7(39)	4(22)

RECAPITULATION DES RESULTATS

	P	F	B/A	AGE	DUREE	
DS	-	-	0,17	- 20 A -	- 6 M	+
DM	-	+	0,65	21 à 30 A -	7 M à 2A	-
DC	+	=	1,25	31 à 40 A +	3 A à 5A	-
SK	-	-	0,84	41 à 50 A +	5 à 10 A	-
AC	+	=	2,05	51 à 60 A + ou=	11 à 15A	+
DEP	+	+	1,48	61 à 70 A +	16 à 25A	=
DES	=	=	0,92	+ 70 A -	+ 25A	=
DIV	+	=	1,65			
TME	-	-	0,75			

CONFRONTATION des DEUX GROUPES de RESULTATS

	P 4 ^e /8 ^e S.	P 7 ^e /3 ^e S.	Ip 4 ^e /8 ^e S.	Ip 7 ^e /3 ^e S.	F 4 ^e /8 ^e S.	F 7 ^e /3 ^e S.
DS	-	-	0,42	0,7	-	-
DM	-	-	0,80	0,65	+	+
DC	+	+	1,26	1,25	=	=
SK	=	-	1,00	0,84	=	-
AC	+	+	1,91	2,05	+	=
DEP	+	+	1,35	1,48	-	+
DES	=	=	1,06	0,92	-	=
DIV	-	+	0,70	1,65	-	=
TME	-	-	0,80	0,75	-	-

P = pénétration

Ip = indice de pénétration = B/A

F = fréquentation

En ce qui concerne l'âge

	8 ^e et 4 ^e Section	7 ^e et 3 ^e Section
- 20 A	-	-
21 à 30 A	=	-
31 à 40 A	-	+
41 à 50 A	+	+
51 à 60 A	+	+ ou =
61 à 70 A	=	+
+ 70 A	-	-

En ce qui concerne la durée

	8è et 4è sect.	7è et 3è sect.
- 6 M	+	+
7 M à 2 A	=	-
3 A à 5 A	-	-
6 A à 10 A	-	-
11 A à 15 A	+	+
16 A à 25 A	= ou +	=
+ 26 A	-	=

o

o o

RESULTATS GLOBAUX : huitième, quatrième, troisième, septième sections.

et le pavillon d'aliénées tuberculeuses.

L'ensemble représente la moitié de la population de l'hôpital.

Effectif global au moment de l'observation	1.003
Effectif de malades présents au salon de coiffure	206 soit 20 %
Nombre de consultations-coiffure pendant un mois	306
Moyenne d'âge de la population générale	56,4 ans
Moyenne d'âge de la population du salon de coiffure	52,4 ans
Durée moyenne de séjour de la population générale	6,7 ans
Durée moyenne de séjour de la population du salon de coiffure	6,2 ans

En ce qui concerne le diagnostic

	Population générale	Population S.coiffure	Consultations coiffure
DS	175	10 (50)	12
DM	127	20 (100)	33
DC	180	48 (240)	69
SK	188	37 (185)	52
AC	74	31 (155)	46
DEP	103	30 (150)	46
DES	34	7 (35)	10
DIV	86	18 (90)	27
TME	35	6 (30)	7

Pourcentages et indices

	Population générale	Population S.coiffure	Ip	IF	P	F
DS	17,5 %	4,8 %	0,27	1,2	-	-
DM	12,7 %	9,6 %	0,75	1,66	-	+
DC	18 %	22,8 %	1,26	1,43	+	=
SK	18,8 %	18 %	0,96	1,41	=	=ou-
AC	7,4 %	15 %	2,02	1,5	+	=
DEP	10,3 %	14,4 %	1,40	1,51	+	=
DES	3,4 %	3,4 %	1,00	1,41	=	=ou-
DIV	8,6 %	8,7 %	1,01	1,5	=	=
TME	3,5 %	2,9 %	0,82	1,1	-	-

Indice de pénétration moyen $\overline{Ip}$ = 1

Indice de fréquentation moyen $\overline{If}$ = 1,49

En ce qui concerne l'âge

	Population générale	Population S. coiffure	Population générale	Population S.coiffure
- 20 A	21	0(0)	2,1 %	0 %
21 à 30 A	85	15(75)	8,5 %	7,5 %
31 à 40 A	125	27(135)	12,5 %	13,5 %
41 à 50 A	175	57(285)	17,5 %	28,5 %
51 à 60 A	148	37(185)	14,8 %	18,5 %
61 à 70 A	187	41(205)	18,7 %	20,5 %
+ 70 A	261	27(135)	26,1 %	13,5 %

En ce qui concerne la durée de séjour

	Population générale	Population S.coiffure	Population générale	Population S.Coiffure
- 6 M	285	73(365)	28,5 %	36,5 %
7 M à 2 A	206	40(200)	20,6 %	20 %
3 A à 5 A	136	17(85)	13,6 %	8,5 %
6 A à 10 A	120	18(90)	12 %	9 %
11 A à 15 A	82	22(110)	8,2 %	11 %
16 A à 25 A	122	26(130)	12,2 %	13 %
+ 26 A	58	8(40)	5,8 %	4 %

Nous citons pour mémoire les données extraites de statistiques médicales des établissements psychiatriques (INSERM) pour l'année 1966 (les principales caractéristiques de la population psychiatrique variant peu d'une année sur l'autre), ceci afin de comparer nos observations avec celles de l'INSERM.

Nous ne l'avons fait que pour les classes diagnostiques envisagées jusqu'ici, les autres classes utilisant des limites comparatives différentes pour les raisons énoncées plus haut.

INSERM 1966	8° + 4° + 7° + 3° + 5/7 de Maison Blanche
SK (04) = 22 %	19 %
DC (05) = 15 %	18 %
AC (06+07)= 4 %	7,4 %
DS (10) = 13 %	17,5 %
DM (14) = 15 %	13 %
DIVERS + 01 = 31 %	26 % (DEP + DES + DIV + TME)

Nous voyons très nettement que les ordres de grandeur des différents pourcentages sont apparentés, compte tenu du fait que les catégories AC, DC et DS regroupent dans notre étude un nombre de malades qui déborde légèrement du cadre 06, 07, 10 et 05.

Tout ceci pourrait indiquer que dans certaines limites, cette étude peut s'appliquer à toute la population psychiatrique féminine hospitalisée.

Nous allons maintenant reprendre les données globales et vérifier, par le test du χ^2 si les différences de distribution observées entre telle classe et le reste de la population générale, sont statistiquement significatives. Nous avons choisi comme limite de signification $P = 0,10$ ou 90 %, ce qui nous semble raisonnable comme exigence, compte tenu des fluctuations cliniques. Dans ce type de calculs, comme nous comparons toujours deux catégories entre elles, le nombre de degrés de libertés est égal à 1. Le χ^2 pour $\nu = 1$, est égal à 2,70. Nous voudrions simplement faire remarquer que même lorsque la limite de signification est atteinte (χ^2 supérieur à 2,70) il faut pondérer notre jugement, hors statistiques. En effet il existe de légères variations numériques pour un même échantillon, variations dues à la méconnaissance d'un des critères concernant le malade (diagnostic, âge ou durée de séjour), ou bien à la variabilité des critères d'un service à l'autre, ou bien encore variabilité chez le même malade sur le plan du diagnostic surtout; il peut s'agir de la fluctuation du nombre de malades en cours d'enquête (sortie ou permission). D'autre part, la durée du séjour est toujours sous-estimée, puisqu'elle ne tient compte que de la durée de la dernière recherche (cf supra). Enfin, les critères discriminants que nous avons utilisés ne sont pas réellement orthogonaux, c'est-à-dire indépendants les uns des autres. Le diagnostic de démence sénile est un diagnostic porté en fonction de l'âge. La durée de séjour elle, est fonction, même indirectement, et du diagnostic bien sûr, et de l'âge puisqu'il est peu probable que la durée de séjour d'une malade de vingt ans soit élevée, alors qu'une malade de soixante dix ans voit souvent sa durée de séjour à l'hôpital dépasser cinq ans. Néanmoins, compte tenu de toutes ces réserves méthodologiques qui viennent grever la fiabilité statistique, nous pensons que les différences significatives observées entre les diverses classes conservent une valeur expérimentale qui peut être le point de départ d'une réflexion théorique.

RESUME des RESULTATS

L'analyse montre que sur le plan diagnostique, les différentes classes ne se comportent pas de manière identique.

Appétence ou affinités plus grandes : alcooliques chroniques, états dépressifs, paranoïaques.

Affinités mineures, rejet ou impossibilité : démentes séniles. Indifférentes : schizophrènes, oligophrènes, déséquilibrées, épileptiques et divers.

Sur le plan des classes d'âge, l'affinité se manifeste pour les classes de 41 à 50 ans et de 61 à 70 ans, le rejet ou l'impossibilité pour les classes de moins de 20 ans et de plus de 71 ans. Les autres classes, soit 21-30 ans, 31-40 ans, 51-60 ans, sont "indifférentes".

Sur le plan de la durée de séjour, présentent une affinité les classes de moins de 6 mois de séjour seulement. Une classe se situe négativement, celle dont la durée de séjour s'étend de 3 à 5 ans; toutes les autres classes sont "indifférentes".

N.B.- Les classes de moins de 6 mois de séjour et de 7 mois à 2 ans ont une distribution significativement différente ($\chi^2 = 2,7$) à 90 %, alors que la distribution 7 mois à 2 ans, 3 ans à 5 ans, ne l'est pas (de peu puisque $\chi^2 = 2,64$). Autrement dit, il semble bien que la population dont la durée de séjour est comprise entre 0 et 2 ans comporte des caractéristiques distinctes de celles du reste de la population générale.

o

o o

ANALYSE du RESTE du QUESTIONNAIRE

Il donne des résultats beaucoup plus discutables, tant par l'homogénéité des réponses que par nos questions qui, mal posées, mettaient en jeu la subjectivité des infirmières-coiffeuses, et prétaient plus à une interprétation qu'à une réponse formelle. Néanmoins un certain nombre d'éléments peuvent être dégagés :

- Dans 75 % des cas, la consultation-coiffure n'est pas motivée par une sortie ou une permission (ce qui n'est pas corroboré par les interviews pratiquées dans les pavillons).

- Dans 75 % des cas, le salon de coiffure est considéré comme un endroit différent, voire totalement en dehors, du reste du service ou de l'hôpital.

- Dans plus de 90 % des cas, l'initiative de la consultation revient à la malade elle-même, très rarement à une infirmière, ce qui n'est pas du tout corroboré par l'enquête in situ. (On trouve dans ces 90 % quatre démentes séniles désorientées et apragmatiques, ce qui pose le problème de la fiabilité directe de la réponse ... ou du diagnostic, bien qu'il ait été contrôlé sur dossier).

- Dans plus de quatre vingt dix pour cent des cas, ce n'est pas la première fois que la malade se rend au salon de coiffure

DISCUSSION

Il pourrait être trouvé pur jeu intellectuel que de compiler toutes ces observations, tous ces chiffres, tous ces tableaux. Néanmoins ces opérations tirent leur sens d'une constatation non plus d'enquête mais d'expérience clinique, qui les complète et les enrichit et qui est la suivante :

- Les catégories diagnostiques isolées qui manifestent une affinité particulière pour le salon de coiffure, à savoir les alcooliques, les paranoïaques et les déprimés, sont justement celles qui, sur le plan clinique, se maquillent le plus le visage.

Par maquillage, nous entendons la mise en valeur du visage par un procédé artificiel, cosmétique surtout, et suffisamment net pour être remarqué de l'observateur, ce qui explique que ce maquillage n'est pas toujours des plus esthétiques. Il prend le plus souvent l'aspect d'un masque plus ou moins blafard, mettant en relief une bouche très rouge, très vernissée, débordant parfois au-delà de la lèvre supérieure (arc de cupidon) et réalisant un très typique maquillage de bouche de 1940. Dans cette variété de maquillage, les yeux sont exceptionnellement fardés.

On pourrait presque, de cette manière, introduire une classification issue du mode de maquillage :

- les hypo-maquillages des états dépressifs graves, des psychoses chroniques détériorées, des démentes ou des états d'arriération,

- les hyper-maquillages des psychoses délirantes chroniques (paranoïa, psychose hallucinatoire chronique), des alcooliques et des états dépressifs en cours d'amélioration - voire les maquillages discordants de certains états schizophréniques.

Un certain nombre de remarques s'imposent d'emblée pour pondérer notre jugement. Tout d'abord notre expérience clinique nous montre que bien sûr, cette classification est loin d'être absolue. En particulier il existe un chevauchement des classes par rapport à ce symptôme (des états maniaques se maquillent de manière discordante des schizophrènes de la même façon que des psychoses hallucinatoires chroniques, des alcooliques parfois pas du tout, etc...). Mais une corrélation semble bien exister entre ces classes et ce symptôme; notamment dans le cas des psychoses chroniques, plus il subsiste une personnalité ou un délire bien structuré, plus l'on trouve de tendances à se maquiller (exemple donné par une schizophrène qui présentait un délire érotomaniaque entre autres symptômes).

Le cas des personnalités névrotiques est plus difficile à analyser, d'abord en raison de leur petit nombre à l'hôpital, ensuite parce que soit du fait de la personnalité préalable, soit du fait de l'hospitalisation elle-même, ces malades ressemblent souvent à des déséquilibrées, dont nous avons noté plus haut une relative indifférence à ce symptôme (cf supra).

Cependant, dans ce cas, le maquillage prend des caractères particuliers : il est plus discret, plus esthétique, suit beaucoup plus la mode et met en valeur les yeux (maquillage phobique). Nous devons mettre à part la névrose obsessionnelle où l'investissement symptomatique du corps étend à ce dernier tous les caractères attribués au visage.

Enfin nous n'omettrons pas de signaler ce qui reste une évidence pour tout psychiatre praticien : la présentation du visage, sa modification, son altération, à quelque degré, dans quelque sens que ce soit, est toujours plus qu'un signe, un stigmate fidèle de l'évolutivité morbide, annonçant l'amélioration ou la rechute, bien avant que la symptomatologie du discours ne se transforme.

Il nous reste maintenant à envisager le pourquoi d'une affinité plus ou moins grande de certaines catégories diagnostiques à l'égard du salon de coiffure.

Si vis-à-vis de ce salon et des soins qui y sont donnés,

- les difficultés éprouvées par les démentes séniles s'expliquent avec une certaine aisance : impossibilité physique, par ankylose rhumatismale, par désorientation temporo-spatiale, beaucoup plus encore par un amenuisement, voire une désintégration de l'image du corps qu'on peut appréhender par la perte de l'identité ou la non-reconnaissance dans le miroir,

- les facilités qu'éprouvent les alcooliques, les paranoïaques et les déprimées, à se rendre dans ces salons de coiffure s'expliquent tout autrement et de façon beaucoup plus complexe.

On peut d'abord se demander si la structure psychopathologique de ces trois états est bien différente. Les auteurs ne manquent pas, qui soulignent les nombreuses parentés entre paranoïa et état dépressif.

Que ce soit la fréquence d'une symptomatologie persécutive au cours d'une mélancolie, même non délirante (et bien que classiquement les idées de persécution soient centripètes), que ce soit la

fréquence des états dépressifs authentiques au cours de l'évolution d'une paranoïa, en particulier si le traitement "abrase" la symptomatologie délirante, tout concourt à une imprécision, voire une indistinction psychopathologique. Et ce n'est pas l'invocation au narcissisme et à la blessure narcissique, à l'oralité ou à la phase cannibalique qui résoudra le problème, tant paranoïa et dépression peuvent s'alimenter de l'un ou de l'autre.

De même la cosmogonie manichéenne du clivage, de la "Spaltung", de la scission du Moi, ne nous semble départager ni les uns ni les autres. Plus intéressante serait la notion de projection opposée à celle d'introjection. Mais dans les deux cas, il s'agit d'une interrogation de signification centrifuge ou centripète sur les relations entre le Moi et le Monde. Et l'on peut se demander si cette projection qu'on attribue invariablement au paranoïaque (ou au phobique), et cette introjection non moins inéluctablement vouée au registre de la maniaco-dépressive, ne sont pas, non des mécanismes de défense différents, mais une opération sémique identique que seul le degré de spatialisation du Moi différencierait et qui contribuerait même à cette spatialisation (nous disons opération sémique au sens d'opération signifiante : qui donne un sens).

En effet le prodrome mélancolique se caractérise en particulier par le désinvestissement du monde extérieur, et l'espace du mélancolique se rétrécit au point d'être confondu avec le corps propre de celui-ci. Dans ce cas le mélancolique ne pourrait "projetèr" que sur lui-même, sur son corps propre ou sur la limite entre le monde extérieur et ce dernier, c'est-à-dire le "revêtement" du corps propre, par exemple la face, au niveau du visage. Cette interprétation jouerait dans les deux sens expliquant aussi ce qui se passe au moment où le mélancolique s'améliore = il réinvestit le monde extérieur.

Et nous noterons à ce sujet ce que l'expérience nous montre : lorsque les états dépressifs se maquillent, c'est dans la période qui va de l'amélioration à la guérison symptomatique. Lorsque celle-ci est acquise, ils ne se maquillent plus.

Aussi difficile est la différenciation psychopathologique entre l'alcoolisme et la paranoïa d'une part, et la dépression d'autre part. Nous ne citerons que pour mémoire des exemples cliniques surabondants : fréquence des états dépressifs chez les alcooliques, fréquence d'une alcoolisation temporaire pendant un épisode dépressif, voire allégation culturelle de l'alcoolisme qui permet de lutter contre les soucis de la vie, le "cafard", etc...

Quant aux problèmes de l'oralité, du narcissisme et de l'homosexualité, ils ne dépareillent nullement ni l'alcoolisme, ni la paranoïa. K. ABRAHAM a même avancé l'hypothèse d'une structure analé de celui-là. Sur le plan clinique, nous noterons l'existence fréquente de traits paranoïaques chez les alcooliques : tendances sensibles, quérulentes, procéduraires. D'autre part l'alcoolique présente souvent des délires de jalousie, de persécution, ou à thème érotomane, qui rattachent indiscutablement sa personnalité à la structure paranoïaque.

Mais c'est surtout sous un autre angle que l'on peut aborder le problème : ce qui à notre avis permet le plus d'associer ces deux entités nosologiques est le cadre "para-noïaque" dans lequel elles se situent; c'est-à-dire "à côté de la connaissance". Expliquons nous : le délire paranoïaque possède comme particularités d'être logique, structuré et surtout inaltérable. Autrement dit, toutes les rationalisations, toutes les tentatives d'explications ou de dissuasion du psychiatre à l'égard du paranoïaque sont autant

d'échecs. Le thérapeute se heurte dans son essai à un système rigide d'interprétations, placé "en parallèle" sur le système de la réalité, ne nouant avec ce dernier aucun rapport, ce qui laisse subsister une opacité que la plus agressive des psychothérapies, la plus patiente écoute, n'arrivent pas à éclaircir. Le paranoïaque demeure impassible dans son discours, ne le modifiant que lorsqu'il sait, d'expérience, que ce discours va lui attirer des ennuis, mais sans que cette réticence, toute de méthode, n'en altère tant soit peu la conviction.

Or il nous semble bien que le cheminement de l'alcoolique soit analogue. Certes il parle et ne délire pas. Mais est-ce vraiment pour "dire" quelque chose; et est-il vraiment accessible à la raison, si peu moralisante soit-elle ?

Les habitués des consultations d'alcooliques savent bien que derrière cette loquacité, cette sociabilité, faite de bonne humeur ou d'allégations psychologisantes, se trouve un mur de réticences, d'opacité, de non-dit, qui inquiète le thérapeute et le pousse à banaliser au maximum l'entretien. Opacité dont on éprouve une sorte de vertigineuse révélation lorsque l'on se rend compte que, malgré le rituel bonhomme, voire la fausse camaraderie, l'exploration la plus inquisitrice ne ramène rien de plus que ces banalités, ou l'absence au rendez-vous suivant, avec la reprise stéréotypée, immuable, de la démarche alcoolique au moment où l'on avait l'impression que "tout allait bien".

Comment expliquer encore cette curieuse position de l'alcoolique, qui consiste à nier son intoxication ou son ingestion, même évidentes ? Certains ont invoqué la mauvaise foi, ou la honte, ou d'autres raisons encore. Il nous semble, quant à nous, que cette

position dépasse largement par ses implications les attitudes de prestance. Elle paraît plutôt recouvrir une oscillation spéciale entre la négation et l'affirmation, sorte de balancement sémantique dont l'alcoolique est conscient et le thérapeute témoin. Le psychiatre sait que le malade boit. Le malade sait que le psychiatre le sait et pourtant il maintient son mensonge. Et puis demeure toujours cette opacité, ce non-dit chargé de sens qui pour nous est typiquement "para-noïaque", à côte de la connaissance. Cette oscillation entre le non et le oui de la réalité peut aussi se retrouver dans la structure des perversions et des toxicomanies.

Enfin, nous rapprocherons encore paranoïaques et alcooliques par le fait que tous deux s'attirent beaucoup plus souvent que les autres malades des attitudes répressives autoritaires, s'en trouvant d'ailleurs fort bien. Le paranoïaque accepte parfois facilement d'être interné alors que sa conviction délirante est intacte; l'alcoolique recueille par son hyperactivité sobre tous les suffrages infirmiers, mais rentre ivre, la permission suivante.

Il suffit encore d'évoquer les fréquents démêlés des uns et des autres avec la justice.

Au total tout se passe comme si un certain équilibre symptomatique pouvait se maintenir lorsque référence était faite à la loi soit par l'Autorité symboliquement castratrice, soit par ses institutions réelles. La démarche de ces deux types de malades peut s'inscrire dans une trajectoire de recherche de cette loi ou limite. (Et qu'est-ce que l'interprétation, même délirante, sinon la recherche d'un sens, d'une loi là où ce sens, cette loi n'apparaissent pas ?)

Est-ce à dire que nous considérons alcoolisme, paranoïa et dépression comme mêmes maladies ? Nous n'irons pas jusque là. Chaque symptôme dans les trois cas, présente une fixité particulière qui lui donne un sens spécifique. C'est l'organisation de la personnalité autour de ce symptôme qui est commune. Nous concluons en disant, comme Monsieur CLAVREUL, que l'alcoolisme se manifeste par une oscillation entre le Moi Idéal (narcissisme Omnipotent) et l'Idéal du Moi (image idéale de l'homme dans la société) c'est-à-dire par un conflit d'identifications.

D'un point de vue topique cela veut dire quand même que l'alcoolique est capable de s'intégrer dans la Réalité et la Loi. Mais cette aptitude au mensonge, ou à la dénégation (que nous appelions oscillation sémantique), ancre le malade dans un rapport de sens entre le Réel et le Moi, qui l'apparente au psychotique. Nous ne sommes donc pas très étonnés de retrouver dépression, paranoïa et alcoolisme "égaux" devant le symptôme du salon de coiffure. Il nous appartiendra ultérieurement d'expliquer pourquoi il en est ainsi.

o

o o

Il nous faut maintenant commenter les autres résultats de l'enquête statistique.

En ce qui concerne l'âge : deux faits dominant :

- les malades jeunes ne vont pas au salon de coiffure,
- ce sont les femmes de quarante à cinquante ans qui y vont le plus.

On retrouve ce même phénomène dans la population civile : la clientèle des salons de coiffure se compose de très peu de jeunes femmes et d'un maximum de femmes âgées de trente cinq à quarante ans, période où socialement et physiquement l'apparence d'une femme peut se modifier au point qu'elle se sente vieillir ou qu'elle en ait la crainte. Ceci expliquerait un surinvestissement d'une partie du corps, pour lutter subjectivement et objectivement contre ces phénomènes.

Nous remarquerons de plus qu'entre quarante et cinquante ans se situe la période climatérique. C'est l'âge où le statut de la féminité se modifie radicalement, la perte des règles étant interprétée avec son corollaire - l'impossibilité de grossesse-comme témoin, et d'une impuissance à séduire, et de l'entrée de la vieillesse. C'est aussi l'âge le plus propice à l'éclosion d'états dépressifs.

Si l'absence au salon de coiffure de la classe des plus de soixante-dix ans est facile à expliquer (grand nombre de démences séniles, diminution importante de l'investissement narcissique du corps), la présence de la classe des femmes âgées de soixante à soixante-dix ans est plus troublante. Peut-être pourrait-on avancer qu'elle correspond à l'âge où le maximum de délirantes chroniques, du fait de "l'asilation" voit s'estomper la symptomatologie délirante et hallucinatoire. Il ne subsiste plus alors que des personnalités aux traits paranoïaques, hyperadaptées à l'asile et intégrées dans toutes les structures institutionnelles (ergothérapie, bar, coiffure) dont elles deviennent souvent des piliers organisateurs. Mais peut-être d'autres raisons plus profondes existent.

L'analyse des durées de séjour fait apparaître d'autres phénomènes :

La très forte prépondérance des malades hospitalisés depuis moins de six mois s'explique d'une part par une plus grande conservation des réflexes de "vie civile", permettant une mobilisation plus importante de cette population à tous les points de vue, d'autre part par le fait que ce sont souvent les alcooliques et les déprimées qui sont sujettes aux hospitalisations les plus courtes.

Toutes les autres classes se répartissent normalement autour de la moyenne excepté la population dont la durée de séjour s'étend de trois ans à cinq ans. La présence de cette dernière au salon de coiffure est significativement inférieure à la moyenne.

Peut-être peut-on invoquer comme hypothèse que les réflexes de "vie civile" ont disparu ou tendent à s'atténuer notablement, alors que ceux nés de "l'asilation" progressive ne sont pas encore installés. Mais il faut dire aussi que les très longues durées d'hospitalisation ne sont pas nécessairement corrélatives de la gravité de l'état psychiatrique.

Les débilités mentales simples sont de grandes pourvoyeuses d'hospitalisations de plus de quarante ans; et bien des délirantes chroniques âgées auraient pu bénéficier d'essais de réinsertion sociale ou familiale, plus vigoureuse et sortir. Aussi nous semble-t-il qu'en dehors de ces cas qui "prolongent" la moyenne de durée de séjour, le véritable virage devrait être situé entre trois et cinq ans, attestant la gravité réelle de l'affection en cause (nous avons remarqué plus haut que, d'une part la classe de moins de deux ans de

séjour se différenciait du reste de la population et que d'autre part le pourcentage de sortie diminuait de manière très notable dès qu'on dépassait la deuxième année de séjour).

Peut-être les chiffres que nous observons sont-ils dûs à la superposition de deux populations :

- l'une, vieillie, aux longs séjours moyens, que la "résistance" aux neuroleptiques, depuis 1955 et la désinsertion sociale et familiale ont conservée à l'asile,

- l'autre, aux courts séjours moyens, dont la présence au-delà de deux ans indique qu'il s'agit d'une affection grave. Cette population ne devrait vieillir que par la prolongation de la survie des démentes séniles.

Pour conclure, nous dirons que les hypothèses envisagées ne sont certainement pas les seules et que peut-être d'autres facteurs se révéleront.

o

o o

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE NON-STATISTIQUE

Dans l'analyse de notre enquête, nous n'avons pas noté un certain nombre d'éléments négatifs qui nous semblent au moins aussi importants que les chiffres eux-mêmes; à savoir la divergence ou la convergence des résultats.

En effet lorsque nous avons commencé notre enquête, nous pensions que les résultats obtenus seraient différents d'un service à l'autre. Car, pour nous, un symptôme comme le salon de coiffure ou les soins de beauté du visage, est d'une fragilité telle, que des facteurs d'ambiance, d'entourage, ou de mode de relation thérapeutique peuvent influencer sensiblement sur lui. C'est pour cela que nous avons éliminé de notre étude la deuxième section. Or cette hypothèse de départ s'est révélée partiellement fausse. En effet en matière de durée de séjour ou de classe d'âge, il existe une convergence presque absolue de service à service, ce qui ne devrait point nous surprendre.

Mais surtout, en ce qui concerne la pénétration du symptôme, les chiffres sont tout aussi convergents (excepté en ce qui concerne la catégorie "divers" dont nous avons noté, au début de notre étude la grande hétérogénéité de composition).

La divergence des résultats ne se rencontre que dans ce domaine de la fréquentation, et peut donc être interprétée comme un indice variant suivant les conditions institutionnelles locales. Il faut cependant dire que cette divergence est réduite. Elle n'existe pas pour les démentes séniles, toutes côtoyées au dessous de la moyenne

de même que pour les épileptiques. Pour les débiles, la tendance moyenne est de fréquenter le salon de coiffure plus souvent que la population générale (cf. le tableau récapitulatif global). Cette tendance peut être inversée dans les services selon l'investissement favorable ou non du personnel et des autres malades à l'égard de ces débiles. Pour les autres catégories, l'oscillation autour de la moyenne peut aussi dépendre du type d'investissement noué à leur égard dans les diverses institutions (c'est notamment le cas des alcooliques).

Tout ceci donne lieu à d'autres réflexions :

- ou bien nombre de facteurs - durée de séjour, âge, pénétration diagnostique - sont indépendants des conditions institutionnelles locales,
- ou bien au contraire ces mêmes conditions les oriente, mais alors toujours dans le même sens (soit vers une présence, soit vers une absence au salon de coiffure).

La fréquentation diagnostique peut, elle, dépendre des conditions institutionnelles locales.

o

o o

Il faut donc aborder maintenant l'étude des rapports historiques, géographiques, économiques, psychologiques et sociaux, entre le salon de coiffure et le reste de l'institution.

Les divers salons de coiffure ont été créés dans l'hôpital entre 1964 et 1968. A l'origine les infirmières coupaient les cheveux des malades, surtout dans un but d'hygiène, mais parfois aussi de recherche d'une esthétique élémentaire. Le vaste mouvement de déségrégation asilaire, prôné par la thérapeutique institutionnelle n'a pu se manifester que vers 1955, 1960; c'est-à-dire après la "révolution neuroleptique". Ce mouvement déclencha une remise en question de la fermeture des portes pavillonnaires, et du port du vêtement asilaire, entre autres choses. C'est au cours de cette séquence historique qu'est apparue de manière progressive une demande d'infirmière-coiffeuse, puis de salon de coiffure. Cette demande est actuellement entérinée par tous les services de Maison Blanche.

Les salons de coiffure sont diversement disposés dans l'hôpital : soit isolés du reste du service (cas des 3ème et 7ème sections), soit faisant partie d'un pavillon (cas des 8ème et 4ème sections). Dans ce dernier cas ils disposent cependant d'une entrée séparée. Ces salons n'exercent pas de rôle, semble-t-il, par leur position locale.

L'activité de ces salons est diverse; néanmoins une certaine analogie demeure, de service à service.

Régulièrement, plusieurs jours par semaine, l'infirmière-coiffeuse ne travaille pas au salon mais se rend dans les pavillons pour couper les cheveux des malades impotentes ou inaptes et leur laver la tête. Sur place l'activité consiste en shampoings, coupes, mises en plis et permanentes. Pendant les pleines journées, le nombre de malades prises en charge varie de cinq à six. Mais le délai d'attente, pour un rendez-vous, peut être assez long et même parfois dépasser quinze jours. L'infirmière-coiffeuse est souvent aidée par

une ou deux malades qui finissent par se spécialiser dans ce travail. Enfin, le salon de coiffure vend des produits de beauté, activité quantitativement réduite.

Le coût de ces soins de beauté trouve ici une particulière importance. Nous n'avons pu apprécier le nombre de malades qui ne disposent que du produit de leur travail ergothérapique, mais il doit être très faible. Les malades que leur état interdit de travailler ne payent rien. Quoiqu'il en soit, nous rappelons que le montant du pécule ergothérapique, ou autre, se situe au maximum à 2 F. par jour. Les cosmétiques, bien que vendus pratiquement sans bénéfice, coûtent proportionnellement très cher, par rapport aux gains des malades.

Le prix des différents soins varient d'un service à l'autre, mais il est de l'ordre de 2,50 F. pour un shampoing et une mise en plis (soit plus d'une journée de travail) et de 8 F. pour une permanente (soit 4 journées de travail); la coupe, elle, est gratuite.

Ceci équivaldrait donc, en proportion à 41 F. et 132 F. en prix de journée, d'un salaire de 1.000 F. par mois, ce qui est évidemment très cher. Le produit des bénéfices du salon de coiffure (lorsqu'ils existent) va alimenter le budget de l'Association des Malades, où il contribue à l'achat du matériel et au financement de diverses sorties récréatives (promenades, théâtre, etc...).

Les rapports qui se nouent entre les différents groupes de personnes, vivant à l'hôpital (malades, médecins, infirmières) par l'intermédiaire du salon de coiffure ou des soins de beauté, peuvent se définir comme des rapports d'identification, de démarcation, ou d'hostilité réciproques, expliquant en partie un certain silence institutionnel lorsqu'on aborde ce sujet.

Les identifications jouent dans les deux sens et à tous les niveaux. Aussi bien les malades demandent que ce soit l'infirmière plutôt que l'aide-malade qui accomplisse les soins esthétiques, conférant à cette infirmière une sorte de statut de Sur-Moi castrateur, garant et dépositaire d'un certain savoir de la beauté, aussi bien les infirmières prennent un grand soin de leur propre corps, de leur apparence et de leur maintien. Et si l'on peut invoquer plusieurs raisons à ce phénomène, l'importance du maquillage, de la coiffure et de la propreté, chez l'infirmière, ne peut éliminer au moins deux faits :

- tout d'abord elle tient à se différencier du groupe des malades auxquelles elle attribue inconsciemment les caractéristiques inverses : saleté, incurie. (En se différenciant de la sorte elle se confère un statut idéalisé à ses propres yeux, aux yeux de ses collègues et du médecin qui joue alors le rôle de Sur-Moi à un deuxième échelon.)

- puis elle éprouve le besoin de se protéger, par des rituels obsessionnels, contre l'angoisse née d'un contact quotidien avec la folie; ce besoin cache, peut-être, la croyance inconsciente en un risque de contagion.

Le médecin lui-même, n'est pas exempt de ce type d'identification, bien au contraire. Disons que dans ce cas, et surtout si c'est un homme, les rapports prennent un aspect beaucoup plus nettement génitalisé.

Dans le premier cas, il s'agit d'un type homosexuel d'identification. Dans le second cas c'est plutôt le jeu de la séduction qui apparaît. Que la relation du médecin aux infirmières et aux malades

soit érotisée, ou la relation inverse, c'est toujours par ces mêmes mécanismes, mettant en jeu coiffure, maintien, prestance, vêtement, que cette relation se signifie et aussi s'analyse. Nous terminerons par cette dernière remarque : combien de fois un médecin n'a-t-il pas envoyé de malade se faire coiffer, théoriquement dans un but de soutien psycho-thérapeutique, mais pratiquement dans le but de forcer une relation transférentielle positive qu'il n'arrivait pas à faire naître. Cette "narcissisation" forcée n'est pas très éloignée du paternalisme ou du fait que le médecin considère inconsciemment le malade comme un objet dont il contrôle l'embellissement à son gré.

D'autres faits viennent élargir et renforcer la signification de ce qui se passe dans le salon de coiffure ou par son intermédiaire : les rendez-vous sont pris, soit directement avec l'infirmière-coiffeuse, soit indirectement avec la surveillante du pavillon (essentiellement celle de l'équipe d'après-midi). Et il n'est pas rare que de petites brimades, voire des rapports de force authentiques se créent entre malades et infirmières à ce propos (comme pour les permissions). Il est aussi exact de dire qu'inversement, l'invigilation des infirmières joue un grand rôle dans la demande d'une visite au salon de coiffure (contrairement à ce que disent les réponses au questionnaire).

Nous noterons d'ailleurs que ce qui est demandé aux soins de beauté est de donner une apparence de "normalité" phantasmatique. Les malades qui se rendent au salon de coiffure (non point celles qui s'arrangent elles-mêmes) récusent les fantaisies, l'esthétique spectaculaire. Pas d'extraordinaire, pas d'exhibitionnisme. Tout doit rester classique. Et peut-être que le besoin de se sentir insérée dans un groupe social, par l'apparence, n'est pas aussi important que la question sur la folie propre du sujet ou de ses compagnes,

question qui transparait en filigrane dans cette référence implicite, mais constante, à la norme.

Car si la question de sa propre folie est presque toujours récusée par la psychotique, elle n'est point éludée en ce qui concerne la folie de l'autre malade.

La relation entre les soins de beauté du visage et la sortie, doit être explicitée de plusieurs manières. Contrairement aux indications du questionnaire, on trouve souvent une corrélation entre les deux phénomènes.

Si l'on peut expliquer facilement pourquoi les malades soignent leur apprêt quand elles sortent, il est plus difficile de dire pourquoi ce n'est pas le cas lorsqu'il y a peu ou pas de sorties envisagées. Peut-être faut-il voir là un aspect de la "névrose institutionnelle" dont parle Monsieur BARTON, névrose institutionnelle qui selon lui, serait un ensemble de symptômes analogues à ceux de la schizophrénie chronique, mais engendrés par l'asile. Et il est vraisemblable que l'asile favorise l'incurie, dans la mesure où les événements qui s'y produisent et qui sont par essence collectifs, ne contribuent pas à entretenir ou à faire renaître un investissement narcissique normal du corps, qui est par nature individuel. Un autre facteur importe, c'est celui de la sexualité, fortement réprimée, soit par les malades elles-mêmes, soit par les pressions des groupes en présence, dans un contexte d'homosexualité inéluctable, en raison de l'absence d'hommes. Et l'on peut penser que dans un milieu hospitalier hétérosexuel, l'investissement du corps doit retrouver une autre dimension et un autre dynamisme. D'ailleurs, lorsque nous avons fait mention des facteurs historiques qui ont amené l'existence des salons de coiffure, peut-être aurions-nous dû dire que l'ouverture

de l'hôpital, favorisant les échanges avec l'hôpital voisin (hôpital d'hommes) a dû jouer un rôle dans ce sens. Mais l'on ne s'étonnera pas que dans un milieu presque exclusivement homosexuel, les investissements du corps se manifestent par des identifications élémentaires, peu structurées, servant de démarcation de groupe à groupe; comme c'est le cas dans les relations sociales en général ou bien des investissements corporels perdent ou masquent leur signification génitalisée originelle.

Quant aux échanges réels entre le salon de coiffure et le reste de l'institution, on peut dire qu'ils sont quasiment nuls, de par l'information apportée.

Certes, l'infirmière-coiffeuse, comme les autres infirmières ou ergothérapeutes participe aux réunions. Mais il est rare qu'il soit fait mention du lieu coiffure, de ce qu'il signifie ou de ce qui s'y rapporte, en dehors de l'argent investi ou du bénéfice réalisé.

A ceci plusieurs explications :

- D'abord le salon de coiffure est un peu considéré comme un luxe, mais sans implication thérapeutique. (N'oublions pas que l'origine de ces soins de coiffure et de beauté fut la réalisation d'une certaine hygiène d'abord et surtout.)

- Ensuite la fonction de l'infirmière-coiffeuse est assez particulière et contribue à l'isoler de ses collègues. Ses horaires sont normaux (de 9 h. à 17 h.), contrairement à ceux des infirmières échelonnés sur trois équipes. Sa situation est aussi privilégiée vis-à-vis des autres ergothérapeutes puisqu'elle peut être la seule à pouvoir prendre ses vacances quand elle le désire. Tout cela

contribue à créer une sorte d'animosité qui, tout en restant consciente, peut être ou ne pas être verbalisée. Cette animosité détermine l'isolement de l'infirmière-coiffeuse et de son travail. En revanche, celle-ci est souvent dépositaire d'un grand nombre d'informations concernant les malades ou le personnel. Car au salon de coiffure les malades parlent. N'étant plus en prise directe sur une relation thérapeutique en rapport avec l'inquisition médicale, ou sur une relation autoritaire en rapport avec l'inquisition infirmière, elles parlent d'autant plus librement qu'elles sont conscientes de l'isolement du salon de coiffure (cf. le questionnaire sur la question de l'extériorité du salon de coiffure).

La détente, la relaxation au cours des soins, favorisent aussi le libre déroulement du discours. Si bien que l'infirmière-coiffeuse en vient à entendre, qualitativement et quantitativement, un grand nombre d'informations : sur les malades elles-mêmes, sur les rapports que celles-ci entretiennent avec les autres malades ou les autres groupes, sur les infirmières aussi, et sur les médecins. Alors se crée peut-être une sorte de complicité implicite entretenue par les tensions entre les groupes, qui fait qu'à aucun moment, aucun niveau, et qu'en aucun lieu, ce discours n'est repris ni analysé, sinon de manière fragmentaire, voire purement anecdotique. Le salon de coiffure est un des "lieux" propres aux malades puisqu'elles sont les seules à le coloniser. Ce n'est pas le cas du bar, ouvert de par sa fonction aux autres groupes et visiteurs, et de l'ergothérapie puisque ce sont les autres groupes qui en sont les clients.

D'ailleurs on peut remarquer qu'il ne s'y produit jamais d'incident local; parfois quelques mouvements d'impatience, mais jamais d'agressivité caractérisée. Et pourtant des "entrantes" présentant un état aigu s'y rendent. Le salon de coiffure serait-il phantasmatiquement "bon objet", ou bien est-ce l'absence réelle d'une veille médicale, malgré la présence de l'infirmière-coiffeuse

qui fait qu'il n'y a pratiquement jamais de passages à l'acte violents ? La question reste ouverte.

En conclusion, nous pouvons dire que le salon de coiffure et les soins de beauté qui y sont donnés président à de nombreux échanges :

- économiques, puisque c'est par le biais de l'argent, donc d'une certaine productivité, que la malade peut s'embellir. Cet argent s'inscrit dans tout le système socio-économique institutionnel,

- affectifs, puisque la référence constante au narcissisme du corps comporte de nombreuses identifications, positives ou négatives, d'un groupe à l'égard de l'autre,

- verbaux, puisque de nombreuses paroles y sont exprimées d'autant plus aisément qu'on sait que ces paroles ne seront jamais reprises dans le circuit thérapeutique. Ce type d'échange concourt à la "vacuolisation" du lieu qui est très regrettable.

Au total, le salon de coiffure apparaît comme une diversification de l'institution thérapeutique; il semble trop peu exploité par rapport à ses possibilités réelles. Malgré l'absence de motivations esthétiques patentes qui restent à déclencher - probablement par le biais de l'hétérosexualité - les possibilités d'échange de ce lieu apparemment non-soignant, mais référant constamment à l'extérieur la non-maladie -, à la féminité, au renforcement possible du Moi profond, à la parole et à l'argent, devraient pouvoir en faire un instrument thérapeutique particulièrement utile.

Il nous reste à déterminer maintenant, dans la dernière partie, pourquoi les soins de beauté du visage comprennent tant de significations complexes et profondes.

o

o o

TROISIEME PARTIE : REFLEXIONS THEORIQUES

Nous avons tenté de montrer, dans un premier temps, que les paranoïaques, les alcooliques et les déprimées, se rendaient plus facilement que les autres malades au salon de coiffure. Nous avons dit aussi que c'était ces mêmes malades qui se maquillaient le plus ostensiblement, les alcooliques et les paranoïaques presque toujours, les déprimées surtout au moment de l'amélioration clinique. Nous avons insisté sur la structure orale, narcissique et "manichéenne" de ces trois états. Il nous faut maintenant élucider les rapports entre cette structure et le visage maquillé. (1)

o

o o

Nous envisagerons, en premier lieu, le rôle du visage dans "l'image du corps". Cette expression est malaisée à définir tant elle est galvaudée ou au contraire envisagée dans son sens le plus neurologique. Il faut dire que le texte même de SCHILDER. apporte peu de renseignements sur son acception (peut-être en raison d'une traduction insuffisante). De plus, depuis son travail,

(1) l'étymologie du mot maquillage n'est pas comme on pourrait le croire en rapport avec le mot masque. Le vocable provient d'un terme argotique du moyen-âge, signifiant "tricher ou voler". Un croisement sémantique avec les sens du mot masque s'est opéré ultérieurement.

les idées ne se sont guère précisées en ce domaine. De même, Madame PANKOW qui, dans ses travaux, fait un usage impressionnant de ce vocable, reste insuffisamment précise dans sa formulation théorique. La définition oscille toujours entre une conception "sensorialiste", voire tout à fait neurologique (le schéma corporel), et une conception psychanalytique très imagée, fondée sur l'investissement libidinal du corps, qui s'oppose radicalement à la première par sa fluidité.

Nous utiliserons, non parceque nous la jugeons la plus parfaite, mais parcequ'elle nous semble la plus conforme à nos idées la notation utilisée à ce sujet par Madame F. DOLTO :

" Représentation du ressenti tel qu'il découle des conditions propres à notre corps, tel que nous en portons l'image dans notre inconscient comme substrat symbolique de notre existence, et indépendamment de son actualisation dans une expression dynamique. Le corps, matériel, lieu du sujet conscient, à tout instant le spatialise et le temporalise. L'image du corps, au contraire, est hors lieu et hors temps, peu imaginaire et expression des investissements de la libido

" Cette image est une synthèse vivante, à tout moment actuelle, de nos expériences émotionnelles répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles de notre corps ... L'image du corps, après l'oedipe seulement est projetable dans une représentation humaine complète. Le Moi du sujet est alors définitivement lié à l'image spécifique humaine monosexuée conforme à la physiologie de son corps matériel ...

" Mais l'image du corps peut se projeter dans toutes les représen-
 " tations, quelles qu'elles soient, et pas seulement les représen-
 " tations humaines. C'est ainsi qu'un dessin d'objet, de végétal,
 " d'animal, d'humain, est à l'image à la fois de celui qui le des-
 " sine et de ce qu'il dessine tel qu'il le voudrait, conforme à ce
 " qu'il se permet d'en attendre... Toutes ces représentations sont
 " symboliquement reliées aux émois structurants de la personne hu-
 " maine à travers les sensations d'accomplissement valorisées au
 " cours de l'évolution libidinale, de la primauté qu'elle confère
 " à des zones érogènes (lieux du corps) et du déplacement de cette
 " primauté, de lieux du corps en d'autres lieux du corps, au fur et
 " à mesure de la croissance et de l'évolution d'une personne dans
 " le corps de son sexe, et vers l'attraction hors d'elle-même par
 " le sexe d'un autre corps. C'est pourquoi l'image du corps n'est
 " pas le schéma corporel, bien que le schéma corporel contribue à son
 " élaboration ". (2)

Nous retiendrons de ce qui vient d'être dit, les points suivants : L'image du corps n'est pas le schéma corporel mais une élaboration secondaire, fonction des investissements libidinaux, à partir des expériences réelles du corps matériel. Cette image n'est pas immuable, elle se constitue depuis la naissance (peut-être même avant) jusqu'à la vie "adulte" du sujet, toujours suivant la même dialectique : les expériences réelles du corps matériel sont confrontées à ses investissements libidinaux fragmentaires (zones érogènes). Autrement dit, l'image du corps peut être normale dans sa représentation chez un infirme, mais perturbée chez le névrosé et le psychotique. Cependant l'infirmité peut devenir source d'investissement

(2) F. DOLTO

Personnologie et image du corps, in Psychanalyse n° 6
 1961 (p. 71 à 74)

libidinal et modifier ainsi l'image du corps; inversement, l'image du corps morcelé peut investir le corp réel (c'est le cas chez le schizophrène). Enfin, cette image du corps n'est pas une structure isolée, elle est étroitement liée à la personnification, et, comme telle, support de la communication et des relations sociales les plus élémentaires.

Dans la psychopathologie freudienne, la psychose tire son origine d'une série de phénomènes qui se produisent pendant les tout premiers mois de la vie. Selon FREUD, les perturbations sont celles du stade oral, ou auto-érotique, et témoignent d'une organisation prégénitale du sujet.

Nous voudrions revenir sur la formation de l'image du corps, à ces différents stades, telle que, selon certains auteurs, on peut se la figurer; et sur les relations de cette image avec la spatialisation du "sujet", étant donné que la confusion intérieure-extérieure, semble caractéristique de la psychose et seule susceptible de nous éclairer sur la signification d'un symptôme comme celui du maquillage.

Selon SPITZ : " Les sensations des trois organes perceptifs secondaires présents à la naissance (main, labyrinthe, peau) sont subordonnées au système perceptif de la cavité orale. De plus ils opèrent conjointement chez le nouveau-né, la différenciation entre les divers modes sensoriels n'ayant pas eu lieu ... Les sensations médiatisées par eux se joignent et se mêlent de façon à être "saisies" par le nouveau-né comme une expérience situationnelle unifiée avec caractère d'absorption, d'incorporation. Chacun des organes mentionnés participe à cette expérience ...

" ... Le visage s'offre au bébé dans d'innombrables
 " situations d'anticipation. En fait, pendant le premier mois de
 " la vie, le visage de l'être humain apparaît dans le champs
 " visuel du bébé chaque fois qu'un de ses besoins est satisfait.
 " C'est ainsi que le visage est associé aussi bien à la suppression
 " du déplaisir qu'à l'expérience du plaisir ... Il s'ensuit que le
 " visage en tant que tel est le stimulus visuel le plus souvent
 " offert au nourisson pendant les premiers mois de vie. Au cours
 " des premières six semaines, une trace mnémonique du visage humain
 " s'imprime dans la mémoire du nourisson en tant que premier signal
 " de la personne qui gratifie ses besoins; l'enfant suivra tous les
 " mouvements de ce signal avec les yeux ... En discutant de quel-
 " ques aspects de l'organisation psychique sur le plan cénesthésique,
 " j'ai souligné le fait que, déjà à la naissance, la sensibilité
 " viscérale est liée à certaines zones sensorielles, telles la sur-
 " face de la peau. De plus il semble qu'il existe à la naissance
 " chez l'enfant, certaines zones et certains organes sensoriels que
 " j'estime transitionnels, qui jouent le rôle d'intermédiaires entre
 " les organes sensoriels périphériques et viscéraux, entre l'extérieur
 " et l'intérieur. Parmi ces organes transitionnels, j'ai décrit la
 " région orale qui comprend d'un côté le larynx, le pharynx, le
 " palais, la langue et l'intérieur des joues, et de l'autre les
 " lèvres, le menton, le nez et les joues, en un mot le museau ...
 " Dans ce cas, la transition est en fait anatomiquement démontrée
 " par les changements successifs dans la texture du tissu qui recouvre
 " ces organes, qui, d'épiderme, se transforme en muqueuse. Un autre
 " organe de transition est situé dans l'oreille interne ... Tous ces
 " organes de transition ont une fonction anaclitique ... Dans cette
 " zone, zone orale les organes sensoriels destinés aux stimuli ex-
 " térieurs rencontrent les récepteurs sensoriels de stimuli internes
 " Sous l'angle perceptif, la cavité orale, y compris le pharynx, re-
 " présente à la fois l'intérieur et l'extérieur ...

" ... Chez le nouveau-né, la région orale remplit deux
 " fonctions totalement différentes, l'une et l'autre d'importance
 " capitale pour la survie. La première est l'incorporation qui
 " assure la survie physique de l'individu, la seconde est la percep-
 " tion qui commence chez le nourrisson aussi à l'extrémité rostrale
 " dans la région orale et la cavité orale. A partir de là, la per-
 " ception se ramifiera en cinq modalités exécutives, le toucher,
 " le goût, l'odorat, la vue et l'ouïe. Par conséquent, la représen-
 " tation centrale de la région orale et péri-orale, devient l'orga-
 " nisation adaptative la plus importante pour la survie de l'espèce.
 " Il n'est donc pas étonnant qu'elle devienne le champ d'activité
 " des premiers processus dynamiques et de la première activité pul-
 " sionnelle, les signes observables de cette activité étant les
 " affects dont j'ai parlé plus haut." (3)

De cette longue série d'extraits, nous retiendrons les
 éléments suivants : dans le développement de l'enfant, tout ce qui
 relève de la cavité orale et du visage, possède une valeur anacli-
 tique, c'est-à-dire restaurant l'intégrité du Moi archaïque, puisque
 ces zones sont associées répétitivement à la satisfaction d'un besoin
 capital pour la survie. Nous ne serons donc pas étonnés de constater
 que les déprimés ou les paranoïaques, dont le sentiment d'infirmité
 narcissique est prévalent, mettent l'accent justement sur le symbo-
 lisme du visage. Inversement nous ne serons pas surpris de vérifier
 le rôle du soutien psychothérapeutique, ou anaclitique obtenu par
 l'embellissement du visage.

(3) R. SPITZ : De la naissance à la parole P.U.F. 1968 pp 38, 39
 47, 55 et 64.

La deuxième notion essentielle est que la zone orale et péri-orale (n'oublions pas qu'elle comprend la peau et la main) n'a pas seulement une fonction anaclitique, mais qu'elle est aussi le lieu où, sur le plan perceptif se réfléchissent l'intérieur et l'extérieur du sujet; c'est-à-dire le lieu où s'opère la première spatialisation du moi archaïque. Cette première spatialisation n'est pas seulement perceptive mais aussi topique. FREUD précise que la différenciation intérieur-extérieur s'opère aussi par un biais "affectif". Les sensations de déplaisir que le moi ne peut éviter, ou faire disparaître par une décharge motrice, sont attribuées à l'intérieur (cas de la sensation de faim); celles qu'il peut faire disparaître, à l'extérieur (réaction d'évitement à un biberon trop chaud). Autrement dit à la première ébauche de spatialisation perceptive se superpose une première ébauche de différenciation topique, Moi, Non-Moi, l'un et l'autre s'alimentant réciproquement. Or il semble bien que cette différenciation n'a pas seulement une valeur perceptive ou topique, mais aussi une valeur sémantique. Expliquons-nous. Ce ne sont pas seulement le visage ou la bouche, dans leur sensorialité, qui sont considérés. Pas seulement non plus la première distinction entre ce qui deviendra le sujet ou la personne et la réalité extérieure, c'est aussi la première opération sémantique ou premier procès signifiant (donneur de sens), qui est ainsi posée. Cette spatialisation perceptive et topique conduit à la première attribution de sens. Un sens à l'intérieur, un sens à l'extérieur, au Moi et au Non-Moi. Ce premier procès signifiant est le modèle de tous les procès signifiants ultérieurs. C'est-à-dire de l'intentionnalité, du langage et de la communication.

Le premier clivage réalisé, spatial et perceptif, topique est donc un signe au sens linguistique du terme. Il n'est pas étonnant de pouvoir vérifier que c'est toujours la gestalt Main-Bouche,

zône orale, qui sera chargée de signifier (chez le sujet normal) par les gestes, la mimique ou le langage oral et écrit, puisque c'est justement cette gestalt qui se différencie sur le plan perceptif de la totalité ambiante perçue, au moment où s'opère cette première attribution de sens, génératrice de toutes les significations futures (sur le plan sémantique). Zône orale et "sémantisation" (5b) du sujet seront donc toujours associées chez l'individu normal. Le premier signe, au sens sémantique, réalise un clivage Moi, Non-Moi. On peut le considérer comme l'ébauche de la négation (cf. ici le cas de Monica, in Le non et le oui de SPITZ).

Pour terminer ce premier point nous citerons Monsieur BENVENISTE :

" Dès qu'on pose le langage organisé en correspondance
 " avec le psychisme élémentaire, on introduit dans le raisonnement
 " une donnée nouvelle qui rompt la symétrie qu'on pensait établir.
 " FREUD en a donné lui-même la preuve, à son insu, dans son ingénieux
 " essai sur la Négation. Il ramène la polarité de l'affirmation et de
 " la négation linguistique au mécanisme bio-psychique de l'admission
 " en soi ou du rejet hors de soi, lié à l'appréciation du bon et du
 " mauvais. Mais l'animal aussi est capable de cette évaluation qui
 " conduit à admettre en soi ou à rejeter hors de soi. La caractéristique
 " que de la négation linguistique est qu'elle ne peut annuler ce qui
 " est énoncé, qu'elle doit poser explicitement pour supprimer, qu'un
 " jugement de non-existence a nécessairement aussi le statut formel
 " d'un jugement d'existence. Ainsi la négation est d'abord admission.
 (5)

(4) On pourrait parler d'un "cogito" archaïque qui ne serait plus, "Je pense donc je suis", mais il y a Moi puisqu'il y a "Pas-Moi".

(5) E. BENVENISTE : Remarques sur la fonction du langage dans la découverte Freudienne. In Psychanalyse n° 1, PUF 1956 pp. 12/13.

(5b) De même que la notion intérieur-extérieur.

Nous en arrivons ainsi aux conclusions suivantes : la zone orale, dont le visage fait partie, est aussi le premier lieu du signe sémantique, dans la mesure où celui-ci est un lien entre le Moi Archaïque et la première réalité extérieure, et par là même qu'il est lien, il figure le premier clivage Moi-Réalité = première différenciation du Moi. (6).

C'est ce clivage qui est le fondement même de la structure paranoïaque ou dépressive (nous parlions de cosmogonie manichéenne). Cette interrogation sur l'intérieur et l'extérieur, le Bon ou le Mauvais, est présente à chaque moment de l'existence de chacun d'eux, à cette différence que le mélancolique finit par annuler l'extérieur. Il ne reste alors qu'un Moi mauvais. Le paranoïaque, lui, attribue la mauvaise partie du Moi à l'extérieur, qui devient persécuteur. Cette question sur les rapports intérieur-extérieur et cette confusion se figurent par l'investissement du visage en tant que premier lieu du signe (le premier élément intentionnel de la communication humaine réside dans la mimique) et surtout limite figurée entre le corps propre et l'extérieur. Le maquillage se présente comme une sorte de plan imaginaire qui, par sa face interne renvoie à l'intérieur du corps, et par sa face externe, au monde extérieur.

L'interrogation déclenchée sur l'apparence et la vérité du sujet qui se maquille, à la vue du maquillage, n'est qu'un écho de l'interrogation première sur l'intérieur et l'extérieur, le Moi et le Non-Moi, le Bon et le Mauvais. Question qui, posée par le

- (6) Nous pensons que si la muqueuse orale joue presque toujours ce rôle structurant-perceptif, topique et sémantique, il peut en être de même pour tous les lieux du corps où se réfléchissent Intérieur et Extérieur, ce qui signifie que la même problématique peut être posée à partir de la muqueuse anale (cf. le stade anal).

sujet, fonde ses possibilités de jugement et de signification, c'est-à-dire ses rapports de conformité avec la Réalité.

Et n'est-il pas surprenant de constater que la préoccupation première du paranoïaque est la recherche de signes dans la réalité, but qui conditionne le mécanisme interprétatif de cette même recherche ? N'est-il pas surprenant que ces signes retrouvés renvoient à l'intérieur du sujet, à lui-même alors que le paranoïaque les veut à toute force extérieurs ? N'est-il pas surprenant d'observer que le paranoïaque se caractérise par la fausseté de son jugement, la non-conformité de son discours de sujet, émanation du Moi, à la réalité extérieure ?

Le maquillage est aussi attribué à l'extérieur. Il a pour fonction d'être montré à et vu par l'Autre; d'être interprété. Et pourtant il relève du narcissisme du sujet et de sa problématique intérieure. Le maquillage a bien toutes les caractéristiques d'un signe. Comme tel il signifie ce qu'il est, mais en même temps tout ce qu'il n'est pas d'autre. Il participe à l'ambiguïté fondamentale de tous les signes qui ne sont ni le sujet qu'ils signifient, ni l'objet qu'ils représentent. Le maquillage est un lien entre le Moi et la Réalité du paranoïaque et comme lien, il indique le lieu du clivage. Comme tous les signes subjectifs (c'est-à-dire non-symbolisés), il signifie, par son existence une information ou l'information contraire. Besoin de paraître beau; crainte de paraître laid, etc... Le couple ambivalent de significations ainsi créé a la même fonction que celui dont nous parlions précédemment lorsque nous évoquions le procès signifiant de la différenciation Moi - Non-Moi : fonction d'indiquer une différence, un clivage.

Nous ne saurions nous empêcher de rapprocher ces réflexions de celles que Monsieur WINNICOTT a formulées à propos de l'objet transitionnel. " Prennent place dans les limites de " ce domaine intermédiaire, en tant que phénomènes transitionnels, " le gazouillis du nourrisson pour l'enfant plus âgé, le répertoire " de mélodies et de chansons. Il en va de même pour l'utilisation " d'objets qui ne font plus partie du corps de l'enfant, mais qui ne " les reconnaît pourtant pas encore comme appartenant à la réalité " extérieure ... L'enfant ne les oublie pas et n'en fait pas le " deuil. L'objet perd son sens, et ceci parce que les phénomènes " transitionnels se sont étalés, couvrant tout le territoire inter- " médiaire entre la réalité psychique intérieure et le monde exté- " rieur en tant que perçu par deux personnes en commun, c'est-à-dire " qu'ils recouvrent tout le domaine de la culture. Dès lors le sujet " dont je traite débouche sur le jeu, la création artistique et l'in- " térêt porté aux arts, sur le sentiment religieux, ou le rêve et " aussi sur le fétichisme, le mensonge et le vol ..., sur les " toxicomanies, le talisman des rites obsessionnels, etc...". (7)

Nous ajouterions volontiers l'illusion théâtrale et l'hystérie. Nous voyons ici exposées à travers une problématique analogue, spatiale et topique, les questions soulevées par les perversions et les toxicomanies. Nous parlions, au sujet de l'alcoolisme d'oscillation sémantique. Pour paraphraser Monsieur WINNICOTT, nous pourrions parler de position intermédiaire entre la subjectivité du sujet (désir), intérieure, et la réalité extérieure, objective. La dénégation de l'alcoolique pourrait être assimilée à un phénomène transitionnel.

(7) D.W. WINNICOTT - Objets transitionnels - in La psychanalyse n° 5 P.U.F. 1959 pp. 23, 26, 33, 36, 39, 41.

Suivons encore Monsieur WINNICOTT :

" ... Son importance (celle de l'objet transitionnel)
 " ne réside pas tellement dans sa valeur symbolique que sa réalité.
 " Le fait de ne pas être le sein (ou la mère) bien qu'il soit réel,
 " est aussi important qu'il représente le sein (ou la mère) ...
 " Le terme d'objet transitionnel, tel que je l'entends, rend possible
 " l'acceptation des différences et des similitudes (identités) ". (8)

Ainsi, Monsieur WINNICOTT, évoque comme nous l'avons fait, l'ambiguïté fondamentale de l'objet transitionnel : il est important aussi bien par ce qu'il est que par tout ce qu'il n'est pas. Il est le lieu et la signification d'une différence, qui permet d'aller de la subjectivité absolue (omnipotence magique de psychotique ou de l'enfant) à l'objectivité.

" Depuis la naissance donc, le problème qui concerne
 " l'être humain est celui de la relation entre ce qui est objecti-
 " vement perçu et ce qui est subjectivement conçu : Pour résoudre
 " ce problème de façon à rester sain, le sujet doit avoir trouvé
 " auprès de sa mère un départ satisfaisant. L'aire intermédiaire
 " à laquelle je me réfère est celle allouée à l'enfant,
 " et qui se place entre la créativité primitive et la perception ob-
 " jective basée sur le "reality-testing". Le phénomène transitionnel
 " représente les stades précoces de l'usage fait de l'illusion, sans
 " laquelle l'idée de la relation avec un objet perçu par les autres
 " comme étant extérieur à cet être, ne peut avoir de sens pour l'être
 " lui, humain ... Nous supposons ici que la tâche qui consiste à
 " accepter la réalité n'est jamais terminée, qu'aucun être humain

" n'est libéré de la tension provenant de la mise en relation de la
 " réalité intérieure avec la réalité extérieure. Cette tension peut
 " être soulagée par un champ intermédiaire d'expériences ... Ce
 " champ intermédiaire continue directement le champ "ludique" de
 " l'enfant." (9)

Pour nous résumer nous dirons que la problématique principale du paranoïaque, du déprimé et de l'alcoolique est une problématique de clivage, où extérieur et intérieur, bon et mauvais, sont confondus ou mêlés. Ce clivage auquel ces trois types de personnalité se heurtent explique que l'accent soit mis sur la zone orale, au moment où le clivage s'opère normalement et en ce lieu qui résume à lui seul toute cette problématique. Enfin le phénomène du maquillage ne peut s'interpréter que comme la figuration (le fait de rendre visible) d'une différence entre la limite du corps propre (par exemple le visage) et la réalité extérieure, cette préoccupation de différence étant au centre des préoccupations de ces trois types de malades . Le maquillage présente donc les caractères d'un signe, répondant à la subjectivité du maquillé et renvoyant à l'objectivité de celui qui voit le maquillage. Mais alors que chez le paranoïaque et le mélancolique il existe une nette confusion spatiale, topique et sémantique, on peut dire que chez l'alcoolique, c'est le champ transitionnel, figurant "l'espace" entre la réalité extérieure et la réalité intérieure, qui est anormalement "élargi" et exploité.

o

o o

Nous avons parlé des relations entre image du corps et signe, entre visage et maquillage. Mais nous n'avons considéré l'image du corps qu'à un niveau prégénital. Lorsque l'image du corps devient sexuée, le visage ne perd pas pour autant ses implications primitives, il réfère tout naturellement à la sexualité du sujet. Il représente symboliquement le corps tout entier ou bien peut, par déplacement, représenter d'autres zones érogènes du sujet (hypochondrie esthétique, dysmorphophobie, ereuthophobie).

La première notation immédiate est que, socialement, le maquillage est une méthode d'embellissement du visage de la femme, qu'il devient donc une marque lui conférant ou lui restituant, au moins partiellement son statut de femme.

Le maquillage du visage devient donc un des attributs de la féminité. Madame AULAGNIER remarque à ce sujet que selon FREUD la découverte de la castration marque dans l'évolution de la fillette un tournant décisif. Trois vies s'offrent alors à elle; la première aboutit à l'inhibition sexuelle et à la névrose, la seconde à une modification du caractère, la formation d'un complexe de virilité, la troisième enfin à la féminité normale. De cette découverte FREUD fait le "moment fécond", structurellement parlant, où se joue, pour la petite fille, sa destinée de femme (ce point correspond d'ailleurs à celui où peut naître le fétichisme). Du fait de l'absence de phallus c'est le corps de la femme tout entier qui devient phallus, et qui est réinvesti narcissiquement sur ce mode, devenant "objet de désir", ou "objet du manque". Pour Madame AULAGNIER, le statut de cette féminité explique l'intérêt que porte l'homosexuel à ses attributs (cas des grands couturiers, des modélistes). Il se noue à ce niveau une complicité étonnante entre la femme et celui, homosexuel, qui va décider de ce que seront les emblèmes de cette féminité, féminité don

cette complicité tente de faire un fétiche, l'homosexuel offrant ainsi un leurre narquois à la sexualité de son "frère" dit normal. Le secret partagé entre la femme et son complice, inoffensif parce-que ne pouvant prendre une femme comme objet de son désir, c'est de savoir que cette image qu'elle proposera au regard de l'homme est un voile qui peut faire fonction de trompe-l'oeil.

"Ces différentes remarques nous amènent donc à ce que
 " l'on peut définir comme le point nodal de la féminité : tromperie
 " au niveau d'elle-même, de l'autre, et surtout au niveau des insignes
 " que doit revêtir l'objet en tant que désiré." (10)

Autrement dit c'est au travers de comportements très discrètement exhibitionnistes qu'apparaît le problème du rapport entre le maquillage et la féminité. Cet exhibitionnisme renvoie au phantasme de castration. Le sens du comportement est donc de porter le masque de la féminité (montrant ainsi que la femme est castrée), pour faire en même temps croire qu'elle ne l'est pas (puisque'elle est phallus). Nous rapprocherons ces réflexions de celles de Monsieur S. DEVEREUX : " Il n'est pas de procédé cosmétique ou vestimentaire employé par les femmes pour attirer les hommes et augmenter leur séduction, qui n'ait pour effet pratique de diminuer leur disponibilité réelle ... Enfin, et cela n'est pas le moins important, il est possible de démontrer que chez l'homme, comme chez la femme, toute tentative excessive ou bizarre d'ornementation, ou de décoration corporelle, est motivée par un sentiment intime d'indignité. Les exès vestimentaires ou cosmétiques de la femme constituent une défense contre les états d'anxiété liée à son complexe de castration dont l'un des principaux symptômes est une croyance inconsciente dans

(10) f.1; AULAGNIER - Le désir et la Perversion - "La féminité".
 Seuil Ed. 1968.

" le caractère déficient ou dégoûtant de ses organes sexuels, et
 " partant de tout son corps." (11)

Nous retiendrons de toutes ces données les éléments suivants :

- sur le plan social, le maquillage comme signe offre les mêmes caractéristiques que chez le psychotique, à savoir une signification ambivalente, lieu de l'absence et de la figuration du phallus.

- toutes les marques volontairement figurées sur le corps sont liées à un sentiment de blessure narcissique.

Ceci nous ramène à l'investissement du visage dans sa fonction anaclitique, c'est-à-dire, finalement anti-dépressive. Ceci expliquerait le rôle des soins de beauté du visage dans la lutte contre la crainte du vieillissement et de la mort, la disparition du maquillage au moment du deuil et de la maladie. Nous rattacherons ces données à la pratique de l'embaumement en Egypte ancienne.

o

o o

Il convient maintenant de replacer le problème dans un cadre plus vaste, socio-culturel, et pour cela nous devons faire un point d'histoire. Non pas tant pour retracer toute la séquence du développement des soins de beauté, ce qui serait trop vaste, mais pour en retirer quelques remarques essentielles.

(11) DEVEREUX in La délinquance sexuelle des jeunes filles dans une société puritaine.

- L'importance des soins de beauté est toujours liée dans l'histoire des sociétés occidentales, aux classes dirigeantes qui servent d'exemple - "qui donnent le ton" - Actuellement le marché économique que représente l'industrie du cosmétique, de même que le développement du commerce des produits dits rares, tendent à augmenter la diffusion de ce besoin dans toutes les couches de la société, en une sorte de "démocratisation forcée". Un reliquat de cette tendance, constante, répétons-le, depuis l'antiquité, est attesté par la disparité entre le milieu urbain, où les femmes non maquillées sont rares, et le milieu rural, où la proportion est inversée.

- Actuellement le maquillage est pratiquement toujours une affaire de femmes, de certains homosexuels, travestis ou transsexuels, et le fait de certaines corporations : acteurs, marins, militaires (le tatouage équivaut à un maquillage définitif), prisonniers. Shématiquement, on peut séparer différents plans de compréhension des soins de beauté à l'échelon collectif, plans qui d'ailleurs s'imbriquent les uns dans les autres et s'articulent avec les données précédemment énoncées de la psychanalyse.

Un premier aspect est religieux : c'est probablement de cette fonction que les soins de beauté du visage tirent leur origine, souvent accompagnés, dans ce cas, du tatouage. Les sociétés primitives en offrent maints exemples, de même que les sociétés anciennes. On se farde, ou dessine sur son corps pour plaire aux dieux, pour être protégé par eux et contre leur colère (on retrouve ainsi la fonction anaclitique du visage et la protection contre l'angoisse de castration). Sans vouloir rappeler le visage badigeonné de couleurs, quand il ne s'agit pas d'un masque, du sorcier (cf. le rôle

du visage caché ou du masque dans le chamanisme), citons chez certaines tribus d'Afrique, l'importance, la valeur magique attribués au maquillage rouge. Ce sont des coutumes semblables que nous retrouvons dans l'Egypte ancienne qui étudia d'une manière très poussée les gommes et les huiles parfumées à l'occasion des pratiques de la momification. Notons combien, dans la vie courante, on peut retrouver cet aspect "rituel" dans la réalisation du maquillage chez une femme, rituel porté à son comble au niveau des soins du corps dans la névrose obsessionnelle, bien qu'il ne s'agisse pas là de beauté, mais de purification (à rapprocher de la fonction anaclitique, ou du deuil).

FREUD, dans TOTEM et TABOU a soulevé plusieurs de ces problèmes : il a noté les rapports entre ambivalence des sentiments et le tabou de l'inceste, créant des tabous sociaux. FREUD stipule que ces interdictions ou tabous dont il situe l'origine dans le complexe d'Oedipe, donnent lieu à l'existence de formations réactionnelles possédant les mêmes significations ambivalentes, ayant une valeur protectrice ou purificatrice. Il en fait le prototype des organisations sociales ultérieures. En particulier, le totemisme intervient pour expliquer les processus de dénomination de groupes, puis d'individus. Pour ce faire, il cite D. LANG (in The secret of totem)

" Trois conditions, et rien que trois, ont contribué à la naissance
 " de croyances et pratiques totemiques, y compris l'exogamie : l'exis-
 " tence d'un nom d'animal, d'origine inconnue, servant à désigner un
 " groupe; la croyance entre un lien transcendantal entre tous les
 " porteurs, hommes et animaux, de ce nom; le préjugé du sang."

L'existence d'emblèmes, ou d'attributs, corporels ou non en relation avec la dénomination d'un individu ou d'un groupe (c'est-à-dire son identité), serait donc liée directement au complexe

d'Oedipe ou aux divers éléments qui le spécifient (Tabou de l'inceste, ambivalence à l'égard du père). Nous rappelons que, pour certains auteurs, le totem aurait eu pour point de départ les armoiries héraldiques par lesquelles individus, familles et tribus voulaient se distinguer les uns des autres. Il faut alors souligner les rapports entre les emblèmes ainsi créés, et l'objet fétiche, à la fois au sens "talismanique" du terme et au sens du "pervers". L'emblème peut être aussi considéré comme un objet transitionnel, au sens de WINNICOTT. (Les objets fétiches ne sont-ils pas le plus souvent des parures du corps, ou même de la chevelure - cas des "coupeurs" de natte - ?)

Nous ferons appel à des données extraites de l'oeuvre de MAUSS. (12)

" ... La notion de persona latine : masque, masque tragique, masque rituel et masque d'ancêtre. Elle est donnée au début de la civilisation latine La "personne" est plus qu'un fait d'organisation, plus qu'un nom ou un droit à un personnage, à un masque rituel, elle est un fait fondamental du droit Il semble bien que le sens originel du mot soit exclusivement "masque". Naturellement, l'explication des étymologistes latins, persona venant de per / sonare, le masque à travers (per) lequel résonne la voix (de l'acteur) est inventée après coup En fait, le mot ne semble même pas de bonne souche latine; on le croit d'origine étrusque comme d'autres noms en - NA ... Toujours est-il que matériellement même l'institution des masques, et en particulier des masques d'ancêtres semble avoir eu pour foyer principal

(12) M. MAUSS : Sociologie et anthropologie - "La persona". P.U.F. 1966 (pp. 350 à 355)

" l'Etrurie. Les Etrusques avaient une civilisation à masques
 " Mais si ce ne sont pas les latins qui ont inventé le mot et les
 " institutions, ce sont du moins eux qui leur ont donné le sens
 " primitif qui est devenu le nôtre. Voici le processus.
 " On trouve chez eux des traces définies d'institutions du
 " genre de cérémonies des clans, des masques, des peintures dont les
 " acteurs s'ornent suivant les noms qu'ils portent. ... Au fond,
 " Samnites, Etrusques, Latins, ont encore vécu dans l'atmosphère
 " que nous venons de quitter : des "personae", masques et noms, des
 " droits individuels à des rites, des privilèges."

De là à la notion de personne il n'y a qu'un pas.

" On finit par confondre (le) "cognomen", le
 " surnom que l'on peut porter, avec "l'imgo", le masque de cire
 " moulé sur la face, le "prosopon" de l'ancêtre mort L'usage
 " de ces masques et statues a dû être très longtemps réservé aux
 " familles patriciennes ... A côté, le mot de "persona", personnage
 " artificiel, masque et rôle de comédie et de tragédie, de la four-
 " berie, de l'hypocrisie, - d'étranger au "moi" - continuait son
 " chemin. Mais le caractère personnel du droit était fondé, et
 " "persona" était aussi devenu synonyme de la vraie nature de l'in-
 " dividu ... (13) ... Le mot "prosopon" avait bien le même sens que
 " "persona", masque; mais voilà qu'il peut aussi signifier le person-
 " nage que chacun est et veut être, son caractère (les deux mots sont
 " liés souvent), la véritable face. Il prend très vite, à partir du
 " III^e siècle avant notre ère, le sens de "persona". Traduisant exac-
 " tement "persona", personne, droit, il garde encore un sens d'image
 " superposée : ex.: la figure de proue du bateau (chez les Celtes,
 " etc...). Mais il signifie aussi personnalité humaine, voire divine.

(13) opus cité : La personne : fait moral (pp. 355).

" Tout dépend du contexte. On étend le mot "prosopon" à l'individu
 " dans sa nature nue, tout masque arraché, et, en face, on garde
 " le sens de l'artifice : le sens de ce qui est l'intimité de cette
 " personne et le sens de ce qui est personnage ".

Conclusion de MAUSS (14) :

" D'une simple mascarade au masque, d'un personnage
 " à une personne, à un nom, à un individu, de celui-ci à un être
 " d'une valeur métaphysique et morale, d'une conscience morale à
 " un être sacré, de celui-ci à une forme fondamentale de la pensée
 " et de l'action, le parcours est accompli."

Que dire de ces longues remarques pertinentes de MAUSS ?
 Tout d'abord, nous ne saurions omettre de préciser, suivant les
 idées de celui-ci (et quoi qu'il s'en défende), que l'évolution
 historique de la notion de personne est liée intimement à l'histoire
 de la société occidentale, qui la détermine spécifiquement et pose
 bien des problèmes quant à l'application de cette origine notionnel-
 le à d'autres types de sociétés.

Mais pour en revenir à notre propos nous pourrions dire
 ceci : Symboliquement, c'est à partir de la représentation figurée
 du visage (masque) que s'élabore la notion de personne, d'identité,
 d'individu. Cette représentation symbolique conserve les mêmes ca-
 ractères d'ambiguïté que le maquillage du visage (personne - carac-
 tère, personne - rôle), puisqu'elle est toujours associée à la notion
 d'intérieur caché, secret, voire trompeur.

Enfin, c'est à partir du masque de l'ancêtre que s'opère souvent le passage de la figuration symbolique à la notion de personne, de NOM. Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher ces réflexions de celles rapportées précédemment de Totem et Tabou, et surtout de ce que nous disions à propos de SPITZ :

Le visage maternel, pour le nourrisson est un signal qui a une fonction anaclitique structurante, en ce sens qu'il est constamment associé à la satisfaction des besoins vitaux.

(Nous avons fait remarquer, dans notre première partie, que le type de maquillage ostensible le plus fréquent - en particulier chez les alcooliques - était celui pratiqué à la fin de la seconde guerre mondiale. Or il s'agit parfois de malades relativement jeunes - nous pensons en particulier à une malade absolument typique, âgée de trente cinq ans - qui, à cette époque devaient être âgés de moins de quinze ans. On peut se demander, à la lumière de ce qui précède, si le type de maquillage ainsi réalisé n'est pas celui du visage de la mère, projeté inconsciemment sur le visage propre de la malade).

Le visage du bébé est lui-même le lieu où, dans une situation anaclitique, s'opère la première différenciation Moi ou Non-Moi (on parle aussi du passage du corps morcelé au corps total), c'est-à-dire la première élaboration de l'Ego rudimentaire, origine de la personne. De même, la reconnaissance spéculaire du visage par l'enfant, joue un rôle dans le sentiment de sa propre identité comme sujet, lors du passage du "MOI" ou "JE". Enfin, nous rappellerons que, pour FREUD la conscience morale est une émanation du SUR MOI, qui résulte lui-

même d'une introjection de l'imgo parentale. On peut donc considérer que les données de la psychogénèse et de la psychosociologie, sont ici parfaitement en accord.

Le visage et les soins qui s'y rapportent constituent non seulement un moyen de se présenter à autrui, mais encore celui de s'attribuer un rôle, de se faire conférer un statut.

(Nous ne saurions omettre d'envisager les rapports entre le maquillage, d'une part, et le théâtre ou le mime, d'autre part, où bien sûr les notions de rôle et d'artifice sont particulièrement pregnantes. De même il faut signaler le masque de la tragédie antique. Quant aux fonctions générales du théâtre, originellement religieuses, purificatrices, elles s'intègrent dans ce qui a été dit au sujet de Totem et Tabou et des objets transitionnels.

Enfin le problème de la nature de l'hystérie mériterait peut-être d'être repris à partir de ces éléments).

Le maquillage est un procédé qui permet de s'adapter à un groupe, de s'y situer. D'une manière plus générale, une société pourrait se définir à partir du temps et des techniques qu'elle consacre à l'embellissement du corps humain (cf. M. LEVY-STRAUSS). Plus précisément, le maquillage dans les sociétés primitives, comme dans la nôtre, est significatif de certaines catégories sociales ou corporations. Il devient donc comme les autres emblèmes du corps, le point de repère de l'individu dans ou par rapport à un groupe.

Notons par exemple qu'avant la guerre, le maquillage ostensible féminin était surtout réservé aux prostituées, aux femmes

du "demi-monde". Dans le même ordre d'idées, il était de bon ton pour une femme respectable, à l'époque victorienne, d'avoir un teint pâle, exempt des effets du soleil, ce qui était lié à l'idéologie dominante, d'inspiration chrétienne, du devoir de la femme d'être au foyer, à l'intérieur. Il est possible que la mode actuelle du visage hâlé (toujours pour la femme), soit reliée à un renversement de cette idéologie - le hâle signifiant l'exotisme, la possibilité de sortir ou de se déplacer, donc un certain degré d'émancipation. Dans le cadre plus proche de l'hôpital, remarquons combien, en été, le teint bronzé des malades (dû aux neuroleptiques), suffit à les faire reconnaître, alors que du point de vue vestimentaire, c'est parfois impossible.

De même, la motivation esthétique du maquillage chez l'infirmière, dont nous parlions tout au début de notre travail, cache souvent le désir de se démarquer du groupe des malades, malgré les rationalisations fondées sur l'hygiène et la dignité dans le travail.

Dans la vie courante, la femme se maquille à partir de l'adolescence (bien que ces limites reculent); ce qui confère à ce maquillage une valeur presque initiatique d'intronisation : entrée dans la vie adulte et possibilités sexuelles.

Une ultime démonstration nous est fournie par l'analyse du blason. On sait qu'à partir du douzième siècle, le blason existe. Il a la forme d'un visage, et ses différenciations servent à faire reconnaître le lignage auquel appartient le porteur. Il est assez significatif de remarquer que le blason est apparu en Europe au moment où le visage des chevaliers était caché par le heaume ... On rapprochera de cette remarque celle de Monsieur C. LEVY-STRAUSS : " Les

nobles faisaient étalage de leur rang par des peintures corporelles pochoir, ou des tatouages, qui étaient l'équivalent d'un blason." (15)

Dans tous ces cas, on peut vérifier le fait que le "maquillage-blason" noue des rapports spécifiques avec les données précédemment énoncées concernant la psychogénèse de l'image du corps : visage et reconnaissance spéculaire ... Quant à l'aspect formel du maquillage et sa surdétermination en tant que figuration diversifiée dans le cadre de sa fonction érotique, nous n'en dirons que ceci :

La mode, reflet d'une certaine idéologie et de certaines infra-structures, socio-économiques, oscille dans un sens ou dans un autre, marquant par cette oscillation dans le temps l'ambivalence qu'elle s'attache à tous les emblèmes corporels. Nous citerons pour cela MARGARET MEAD :

" Le matériel ethnologique nous laisse entrevoir qu'un grand nombre, sinon tous les traits essentiels, décrits comme étant réservés à l'un ou l'autre sexe, sont aussi faiblement liés à celui-ci que le sont, par exemple, les vêtements, les manières ou la coiffure, qu'une certaine communauté prescrit, à un moment donné, à l'homme ou à la femme. Et, d'une manière plus précise : "Nous concluons à l'absence de corrélations immédiate, prédéterminée et fondamentale, entre la disponibilité véritable, et le vêtement (ou l'apprêt) provocateur et non restreignant." (16)

La mode, déterminée culturellement et en constante fluctuation, décide seule quel type de costume est momentanément chargé

(15) C. LEVY-STRAUSS : Tristes tropiques, Plon 1955 (p. 204)

(16) MARGARET MEAD : Moeurs et sexualité en Océanie. Trad. Fr. Plon 1963

de signifier que celle qui le porte se définit comme sexuellement accessible et cherche à rendre cette définition manifeste à la moitié mâle de la population au moyen d'artifices (vestimentaires et autres) qui représentent bien une forme de métacommunication au sens le plus strict du terme.

Ce qui explique et légitime en définitive la pérennité des soins de beauté et du maquillage, est, sans nul doute, le sentiment esthétique mis au service de la sensualité et de la sexualité. On sait la puissante action des couleurs sur le système nerveux, et la connaissance intuitive de ce fait remonte aussi loin que l'humanité. La joie, la tristesse, les passions, s'expriment aussi bien par les modifications de la mimique que par les couleurs naturelles ou artificielles du visage. On sait aussi qu'une grande partie de la cosmétique est composée d'huiles et de parfums dont l'origine religieuse ou hygiénique n'explique l'importance que par leur support : l'olfaction. De plus, les données de l'ontogénèse et de la phylogénèse, quant aux rapports entre le rhinencéphale et le reste du système nerveux central, les comportements émotionnels et la sexualité, voire la vigilance et la personne toute entière, sont assez significatives à cet égard pour légitimer l'importance de l'olfaction dans la sensibilité la plus archaïque de l'individu.

Chaque époque a eu ses goûts prédominants en nature du maquillage. Ce dernier apparaît comme le miroir où les civilisations viennent confesser tour à tour leur idéal esthétique.

Pour clore ce chapitre, nous citerons F. NIETZSCHE :

" L'Art, sanctifiant précisément le mensonge et mettant la volonté de
" tromper du côté de la bonne conscience, est par principe bien plus
" opposé à l'idéal ascétique que la science la beauté est la
" véritable matrice de tous les événements idéaux et imaginaires ..."

(17)

C O N C L U S I O N S

Nous avons tenté, dans cette étude, de démontrer quelques faits.

Notre enquête nous a montré qu'un certain nombre de malades, correspondant à des catégories diagnostiques précises, se consacreraient plus que d'autres aux soins de beauté du visage : Les paranoïaques, les alcooliques et les déprimées en cours d'amélioration. Nous avons alors essayé de dégager une parenté structurale entre ces trois entités nosologiques, expliquant les fréquents rapports symptomatiques qui les unissent. C'est ainsi que nous avons insisté sur l'oralité, le narcissisme, et le sentiment de blessure narcissique prévalente, qui leur étaient communs; il en est de même d'une conception très particulière de la vie relationnelle, caractérisée par le clivage du Moi, où la spatialité tient lieu d'échange entre le "bon" et le "mauvais", au sens de la psychopathologie Freudienne. Nous avons seulement précisé que, chez la paranoïaque ou la mélancolique, ce clivage correspond à une confusion intérieur-extérieur, symptomatique de la psychose, alors que chez l'alcoolique, il se caractérise par une sorte d'oscillation entre l'un et l'autre, expliquant l'émergence sociale, plus que délirante, du symptôme alcoolique (mais nous avons souligné la proximité de l'alcoolisme et de la psychose).

Dans un deuxième temps, nous avons montré le rôle du visage dans la formation de l'Image du Corps, dans le cadre de la prééminence de la zone orale, expliquant le rôle structurant de ce même visage. Ainsi s'expliqueraient, et sa fonction anaclitique, -

puisque la vision du visage maternel s'associe toujours à la satisfaction des besoins vitaux du nourrisson - et son rôle structurant perceptif et topique; la zone orale est en effet le lieu où se réfléchissent l'intérieur et l'extérieur du corps et elle préside aussi bien à la spatialisation perceptive, qu'à l'élaboration d'une "topologie affective" : c'est-à-dire l'ébauche de différenciation Moi - Non-Moi. Enfin nous avons précisé que cette différenciation n'était pas seulement spatiale et topique, mais aussi génératrice de sens (dans l'acception sémantique large du terme). Nous en avons inféré le rôle important du visage dans tout ce qui concerne les catégories intérieur-extérieur, bon et mauvais et négation-affirmation.

Nous avons alors insisté sur le fait que cette triple problématique était justement celle qui unissait les paranoïaques, les alcooliques, et les déprimées; les paranoïaques enfermées dans une structure rigide, mais confondant ces catégories, les mélancoliques annihilant soit les unes soit les autres, les alcooliques "opérant" dans une position intermédiaire (phénomène transitionnel). Ainsi nous avons tenté de retrouver une signification psychopathologique du maquillage, commune à ces trois états morbides.

Dans un troisième temps, nous avons réfléchi sur le visage dans l'Image du Corps, au moment où celui-ci était génitalisé, et montré les relations entre maquillage et statut de la féminité, maquillage et formation des emblèmes corporels en général; ceci nous a permis de comprendre les rapports entre le visage et l'édification du Moi comme sujet (élaboration de la personne, du statut et du rôle).

Nous avons inscrit toutes ces réflexions dans le cadre hospitalier qui était celui de l'Hôpital Psychiatrique de Maison Blanche. Nous y avons montré que l'existence et la pratique des soins

de beauté pouvait donner lieu à toutes sortes de considérations sur la signification inter-groupes de ces mêmes soins, et sur la structure du travail thérapeutique dans l'hôpital.

Mais nous ne voudrions pas oublier que le point de départ de ce travail fut concret, à savoir l'expérience de l'Hôpital de Montréal et nous voudrions terminer par les réflexions pratiques suivantes :

Il faudrait, selon nous, entreprendre plusieurs démarches pour conférer aux soins de beauté du visage une valeur significative-ment thérapeutique :

- Réinsérer les salons de coiffure dans les échanges de l'institution, c'est-à-dire soulever le voile de discrétion dont ils sont présentement recouverts.

- Utiliser de manière systématique tout le matériel verbal et le comportement développés dans ces endroits, en collaboration avec l'infirmière-coiffeuse et un médecin attaché.

- Diversifier l'activité des salons de coiffure en créant des possibilités pratiques de visagisme et de relaxation qui y correspondent; ce qui revient à créer une véritable demande esthétique. Cela permettrait de redonner aux soins de beauté du visage leurs fonctions premières, anacritique, "personnifiante", et érotique. Mais il est probable qu'on ne pourra réaliser ceci que grâce à des éléments historiques concomitants, à savoir l'ouverture réelle de l'hôpital sur l'extérieur, ou, ce qui en est le pendant parcellaire, la mixité dans l'hôpital.

Nous pensons que, si toutes ces conditions étaient réalisées, nous assisterions à une dynamisation accrue des malades, à une véritable réconciliation de ceux-ci avec leur corps, enfin "démorcelé" et source d'érotisme, à un enrichissement profond de la relation thérapeutique. C'est dans ce but que nous continuerons ce travail.

O

O O

BIBLIOGRAPHIE

- AULAGNIER F.P. Le désir et la perversion - La féminité. SEUIL Ed. 1967
- BARTON R. La névrose institutionnelle - Bibliothèque de l'infirmier psychiatrique, CEMEA. SCARABEE Ed. 1969.
- BENVENISTE E. Remarques sur la fonction du langage dans la découverte Freudienne - in La Psychanalyse n° 1, P.U.F. Ed. 1956 (pp. 3/16).
- BLOCH et WARTBURG Dictionnaire étymologique de la langue française P.U.F. Ed. 1964.
- BOHM E. Travestisme masochique (un cas) vu par les tests de PORSCHACH et de SZONDI, Bulletin de Psychologie 225, XVII, 2-7, 30/XI/1963, pp. 388-405.
- CLAVREUL J. La parole de l'alcoolique - in La Psychanalyse n° 5, P.U.F. Ed. 1959. (pp. 257-280).
- DEVEREUX S. La délinquance sexuelle des jeunes filles dans une société puritaine - in Les Temps modernes, 1962.
- DOLTO F. Personnologie et image du corps - in La Psychanalyse n° 6, P.U.F. Ed. 1961, (pp. 59-92)
- FOURNET F. Contribution à l'étude des dysmorphophobies - Thèse médecine 1966.
- FREUD S. Totem et tabou - PAYOT Ed. 1968.
- Trois essais sur la théorie de la sexualité - GALLIMARD Ed. 1923.
- Essais de Psychanalyse - PAYOT Ed., 1965.
- Certains mécanismes névrotiques de la jalousie, de la paranoïa et de l'homosexualité - NORTON Ed., 1945.
- Une introduction au narcissisme - in La vie sexuelle P.U.F. Ed. 1969.

- GIRAUD P. Le sémantique - "Que sais-je" n° 655, P.U.F. Ed., 1955.
- INSERM Statistiques médicales des établissements psychiatrique
Année 1966.
- KÖNIG R. Sociologie de la Mode - PAYOT Ed., 1969.
- LECLAIRE S. Psychanaliser - SEUIL Ed., 1968.
- LEVI-STRAUSS Cl. Tristes tropiques - Terre humaine. PLON Ed., 1955.
- MANNONI O. Le théâtre du point de vue de l'Imaginaire - in La Psy-
chanalyse n° 5, P.U.F. Ed., 1959 (pp. 195-216).
- MAUSS M. Sociologie & Anthropologie - Tome I, Bibliothèque de
sociologie contemporaine, P.U.F. 3ème Ed. 1966.
- MAED M. Sex and temperament in three primitive societies -
N.Y. 1936. Traduction française : Moeurs et Sexualité
en Océanie - PLON Ed. Paris 1963.
- NIETZSCHE F. Généalogie de la morale
- PANKOW G. L'homme et sa psychose - Collection "La chair et
l'esprit", AUBIER MONTAIGNE Ed., 1969.
- PIAGET J. & La représentation de l'espace chez l'enfant - Biblio-
thèque de philosophie contemporaine, P.U.F. Ed. 1948.
- PINSET J. Histoire des soins de beauté - "Que sais-je" n° 873
P.U.F. Ed., 1960.
- ROHEIM G. Psychanalyse et anthropologie - NRF, GALLIMARD Ed. 1967
- SCHILDER P. L'Image du Corps - NRF, GALLIMARD Ed., 1950.
- SPITZ R.A. De la Naissance à la Parole - P.U.F. Ed., 1968.
Le Non et le Oui - P.U.F. Ed., 1962.
- STOETZEL J. La psychologie sociale - Nouvelle Bibliothèque Scienti-
fique, FLAMMARION Ed., 1963.
- WINNICOTT D.W. Objets transitionnels - in. La Psychanalyse n° 5
P.U.F. Ed., 1959, (pp. 22-41).

VU

et permis d'imprimer

Le Recteur
de l'Académie de Paris

R. MALLET

VU

le Doyen Honoraire
Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine

G. BROUET

VU

Le Président de Thèse

P. PICHOT

